Von: KM4_
Gesendet: Freitag, 8. Mai 2020 15:34
An: 'John-Koch, Dr. Monika (BBK II.3)'; katastrophenschutz@mik.brandenburg.de; thomas.neuhold@mik.brandenburg.de; Stephan.Elsner@seninnds.berlin.de; Mario.Koeppe@seninnds.berlin.de; christian.kohl@im.bwl.de; michael.willms@im.bwl.de; sachgebiet-d4@stmi.bayern.de; Ref33@inneres.bremen.de; wiebke.schoeffler@inneres.bremen.de; 'Tobias.Braeunlein@HMDIS.hessen.de' (Tobias.Braeunlein@HMDIS.hessen.de); Martin.Schmidt@hmdis.hessen.de; krisenstab-hessen@hmdis.hessen.de; referata44@bis.hamburg.de; kost-corona@bis.hamburg.de; Dirk.Matzick@im.mv.regierung.de; uwe.becker@im.mv-regierung.de; Referat450@im.mv-regierung.de; stefan.schipporeit@mi.niedersachsen.de; katharina.pracejus@im.nrw.de; referat32@im.nrw.de; iko.ks@mdi.rlp.de; Helmut.Figura@im.landsh.de; d.beermann@innen.saarland.de; u.schroeder@innen.saarland.de; Dirk.Benkendorff@smi.sachsen.de; lutz-georg.berkling@mi.sachsen-anhalt.de; brand-KatS@mi.sachsen-anhalt.de; TMIK Krüger, Lothar (Lothar.Krueger@tmik.thueringen.de); TMIK Schwachheim, Rene (Rene.Schwachheim@tmik.thueringen.de); krisenstab@tmik.thueringen.de; RegKM4
Cc: KM4_
Betreff: KOST WG: Ergebnisse der internen Evaluation des Corona Krisenmanagements

KM 4 – 51000/29#2

An den Verteiler AG KOST KRITIS

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der Annahme Ihres Interesses gebe ich Ihnen unten stehende eMail als fachliche Information zur Kenntnis.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung
Stephan Kohn

____
Referat KM 4: Schutz Kritischer Infrastrukturen
Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat

Alt-Moabit 140, 10557 Berlin
Tel.: 03018681-10215 - Fax: -510215
Home office: 030 – 551 486 01
stephan.kohn@bmi.bund.de
www.bmi.bund.de
^

Von: KM4_
Gesendet: Freitag, 8. Mai 2020 14:34
An: KriSta, 9 <9.KriSta@bmi.bund.de>; KriSta, 11 <11.KriSta@bmi.bund.de>; KriSta, 4 <4.KriSta@bmi.bund.de>; KriSta, 2 <2.KriSta@bmi.bund.de>; KriSta, 3 <3.KriSta@bmi.bund.de>; KriSta, 1 <1.KriSta@bmi.bund.de>; KriSta, 5 <5.KriSta@bmi.bund.de>; KriSta, 6 <6.KriSta@bmi.bund.de>; KriSta, 7 <7.KriSta@bmi.bund.de>; Schmidt, Sören <Soeren.Schmidt@bmi.bund.de>; Poppendieck, Christian

<Christian.Poppendieck@bmi.bund.de>; ALKM_ <KM@bmi.bund.de>; SVALKM_ <SVKM@bmi.bund.de>; RegKM4 <RegKM4@bmi.bund.de>; Engelke, Hans-Georg <HansGeorg.Engelke@bmi.bund.de>; Klos, Christian, Dr. <Christian.Klos@bmi.bund.de>
Cc: KM4_ <KM4@bmi.bund.de>; Achsnich, Gernot <Gernot.Achsnich@bmi.bund.de>; Walter, Andre, Dr. <Andre.Walter@bmi.bund.de>; Stoeckert, Christian <Christian.Stoeckert@bmi.bund.de>; Nonnen, Lena <Lena.Nonnen@bmi.bund.de>; Juritko, Martina <Martina.Juritko@bmi.bund.de>; KM2_ <KM2@bmi.bund.de>; KM3_ <KM3@bmi.bund.de>; KM6_ <KM6@bmi.bund.de>; CI1_ <CI1@bmi.bund.de>; CI3_ <CI3@bmi.bund.de>
Betreff: Ergebnisse der internen Evaluation des Corona Krisenmanagements

KM 4 – 51000/29#2

Interne Analyse KM 4 ergibt:

- **gravierende Fehlleistungen des Krisenmanagements**
- **Defizite im Regelungsrahmen für Pandemien**
- **Coronakrise erweist sich wohl als Fehlalarm**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hiermit übermittle ich Ihnen die Ergebnisse der Analyse des Corona-Krisenmanagements des Referats KM 4. – Kurzfassung + Aufstellung von gesundheitlichen Kollateralschäden siehe unten, Langfassung und Anlagenband in Anlagen 1 und 2 –

Im Vorgriff auf eine nach der Krise zu unternehmende Evaluation hat KM 4 über die letzten Wochen krisenbegleitend eine intensive Analyse und Auswertung des Krisenmanagements aus der Perspektive der hiesigen Zuständigkeit für den Schutz Kritischer Infrastrukturen vorgenommen. Dabei wurden schwerwiegende **Defizite im Regelungsrahmen für Pandemien** diagnostiziert sowie **Fehlleistungen im handwerklichen doing des Krisenmanagement**. Die beobachtbaren Wirkungen und Auswirkungen von COVID-19 lassen darüber hinaus keine ausreichende Evidenz dafür erkennen, dass es sich – bezogen auf die gesundheitlichen Auswirkungen von Covid-19 auf die Gesamtgesellschaft – um mehr als **um einen Fehlalarm handelt**.

Sie erhalten diese Information vorab mit der Bitte um Kenntnisnahme und Weitergabe.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung
Stephan Kohn

____
Referat KM 4: Schutz Kritischer Infrastrukturen
Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat

Alt-Moabit 140, 10557 Berlin
Tel.: 03018681-10215 - Fax: -510215
stephan.kohn@bmi.bund.de
www.bmi.bund.de





KM 4 – 51000/29#2

KM4 Analyse des Krisenmanagements (Kurzfassung)

Vorbemerkung: Aufgabe und Ziel von Krisenstäben und jeglichem Krisenmanagement ist es, **besondere Gefahren** zu erkennen und sie so lange zu bekämpfen, bis der **Normalzustand** wieder erreicht ist. Ein Normalzustand kann also keine Krise sein.

Zusammenfassung der Analyseergebnisse

1. **Das Krisenmanagement hat in der Vergangenheit (leider wider besseren institutionellen Wissens) keine adäquaten Instrumente zur Gefahrenanalyse und –bewertung aufgebaut. Die Lageberichte, in denen alle entscheidungsrelevanten Informationen zusammen gefasst werden müssten, behandeln in der laufenden Krise bis heute nur einen kleinen Ausschnitt des drohenden Gefahrenspektrums. Auf der Basis unvollständiger und ungeeigneter Informationen in den Lagebildern ist eine Gefahreneinschätzung grundsätzlich nicht möglich. Ohne korrekt erhobene Gefahreneinschätzung kann es keine angemessene und wirksame Maßnahmenplanung geben. Das methodische Defizit wirkt sich bei jeder Transformation auf eine höhere Ebene aus; die Politik hatte bisher eine stark reduzierte Chance, die sachlich richtigen Entscheidungen zu treffen.**
2. Die beobachtbaren Wirkungen und Auswirkungen von COVID-19 lassen keine ausreichende Evidenz dafür erkennen, dass es sich – bezogen auf die gesundheitlichen Auswirkungen auf die Gesamtgesellschaft – um mehr als **um einen Fehlalarm handelt**. D**urch den neuen Virus bestand vermutlich zu keinem Zeitpunkt eine über das Normalmaß hinausgehende Gefahr für die Bevölkerung (Vergleichsgröße ist das übliche Sterbegeschehen in DEU).** Es sterben an Corona im Wesentlichen die Menschen, die statistisch dieses Jahr sterben, weil sie am Ende ihres Lebens angekommen sind und ihr geschwächter Körper sich beliebiger zufälliger Alltagsbelastungen nicht mehr erwehren kann (darunter der etwa 150 derzeit im Umlauf befindlichen Viren). **Die Gefährlichkeit von Covid-19 wurde überschätzt. (innerhalb eines Vierteljahres weltweit nicht mehr als 250.000 Todesfälle mit Covid-19, gegenüber 1,5 Mio. Toten während der Influenzawelle 2017/18). Die Gefahr ist offenkundig nicht größer als die vieler anderer Viren. Wir haben es aller Voraussicht nach mit einem über längere Zeit unerkannt gebliebenen globalen Fehlalarm zu tun. – Dieses Analyseergebnis ist von KM 4 auf wissenschaftliche Plausibilität überprüft worden und widerspricht im Wesentlichen nicht den vom RKI vorgelegten Daten und Risikobewertungen.**
3. **Dass der mutmaßliche Fehlalarm über Wochen unentdeckt blieb, hat einen wesentlichen Grund darin, dass die geltenden Rahmenvorgaben zum Handeln des Krisenstabs und des Krisenmanagement in einer Pandemie keine geeigneten Detektionsinstrumente enthalten, die automatisch einen Alarm auslösen und den sofortigen Abbruch von Maßnahmen einleiten würden, sobald sich entweder eine Pandemiewarnung als Fehlalarm herausstellte oder abzusehen ist, dass die Kollateralschäden – und darunter insbesondere die Menschenleben vernichtenden Anteile – größer zu werden drohen, als das gesundheitliche und insbesondere das tödliche Potential der betrachteten Erkrankung ausmacht.**
4. **Der Kollateralschaden ist inzwischen höher ist als der erkennbare Nutzen. Dieser Feststellung liegt keine Gegenüberstellung von materiellen Schäden mit Personenschäden (Menschenleben) zu Grunde! Alleine ein Vergleich von bisherigen Todesfällen durch den Virus mit Todesfällen durch die staatlich verfügten Schutzmaßnahmen** (beides ohne sichere Datenbasis) **belegen den Befund. Eine von Wissenschaftlern auf Plausibilität überprüfte überblicksartige Zusammenstellung gesundheitlichen Kollateralschäden (incl. Todesfälle) ist unten angefügt.**

5. **Der (völlig zweckfreie) Kollateralschaden der Coronakrise ist zwischenzeitlich gigantisch. Ein großer Teil dieses Schadens wird sich sogar erst in der näheren und ferneren Zukunft manifestieren. Dies kann nicht mehr verhindert, sondern nur noch begrenzt werden.**
6. **Kritische Infrastrukturen sind die überlebensnotwendigen Lebensadern moderner Gesellschaften. Bei den Kritischen Infrastrukturen ist in Folge der Schutzmaßnahmen die aktuelle Versorgungssicherheit nicht mehr wie gewohnt gegeben (bisher graduelle Reduktion der prinzipiellen Versorgungssicherheit, die sich z.B. in kommenden Belastungssituationen niederschlagen kann). Die Resilienz des hochkomplexen und stark interdependenten Gesamtsystems Kritischer Infrastrukturen ist gesunken. Unsere Gesellschaft lebt ab sofort mit einer gestiegenen Verletzlichkeit und höheren Ausfallrisiken von lebenswichtigen Infrastrukturen. Das kann fatale Folgen haben, falls auf dem inzwischen reduzierten Resilienzniveau von KRITIS eine wirklich gefährliche Pandemie oder eine andere Bedrohung eintreten würde.**
   UN-Generalsekretär António Guterres sprach vor vier Wochen ein grundlegendes Risiko an. Guterres sagte (laut einem Tagesschaubericht vom 10.4.2020): „Die <u>Schwächen und mangelhafte Vorbereitung</u>, die <u>durch diese Pandemie offengelegt</u> wurden, geben Einblicke darin, wie ein bioterroristischer Angriff aussehen könnte - und [diese Schwächen] erhöhen möglicherweise das Risiko dafür." Nach unseren Analysen ist ein gravierender Mangel in DEU das Fehlen eines adäquaten Gefahrenanalyse und –bewertungssystem in Krisensituationen (s.o.).
7. **Die staatlich angeordneten Schutzmaßnahmen, sowie die vielfältigen gesellschaftlichen Aktivitäten und Initiativen, die als ursprüngliche Schutzmaßnahmen den Kollateralschaden bewirken, aber inzwischen jeden Sinn verloren haben, sind größtenteils immer noch in Kraft. Es wird dringend empfohlen, sie kurzfristig vollständig aufzuheben, um Schaden von der Bevölkerung abzuwenden – insbesondere unnötige zusätzliche Todesfälle – , und um die möglicherweise prekär werdende Lage bei den Kritischen Infrastrukturen zu stabilisieren.**
8. **Die Defizite und Fehlleistungen im Krisenmanagement haben in der Konsequenz zu einer Vermittlung von nicht stichhaltigen Informationen geführt und damit eine Desinformation der Bevölkerung ausgelöst.** (Ein Vorwurf könnte lauten: Der Staat hat sich in der Coronakrise als einer der größten fake-news-Produzenten erwiesen.)

<u>Aus diesen Erkenntnissen ergibt sich:</u>

a) **Die Verhältnismäßigkeit von Eingriffen in Rechte von z.B. Bürgern ist derzeit <u>nicht gegeben</u>, da staatlicherseits keine angemessene Abwägung mit den Folgen durchgeführt wurde. Das BVerfG fordert eine angemessene Abwägung von Maßnahmen mit negativen Folgen (PSPP Urteil vom 5. Mai 2020).**
b) **Die Lageberichte des Krisenstabs BMI-BMG und die Lagemitteilungen des Bundes an die Länder müssen daher ab sofort**
   - **eine angemessene Gefahrenanalyse und -bewertung vornehmen.**
   - **eine zusätzliche Abteilung mit aussagekräftige Daten über Kollateralschäden enthalten (siehe z.B. Ausführungen in der Langfassung)**
   - **befreit werden von überflüssigen Daten und Informationen, die für die Gefahrenbewertung nicht erforderlich sind, weil sie die Übersicht erschweren.**
   - **Es müssten Kennzahlen gebildet und vorangestellt werden.**
c) **Es ist unverzüglich eine angemessene Gefahrenanalyse und –bewertung durchzuführen. Anderenfalls könnte der Staat für entstandene Schäden haftbar sein.**

Erläuterungen zum besseren Verständnis von Wirkzusammenhängen in einer Pandemie

Eine schwere Pandemie ist sehr selten und somit eine große Herausforderung. Die zuständigen Behörden müssen eine Krisensituation bewältigen, für die es keine Erfahrungswerte gibt.
In der Abteilung KM des BMI und im BBK werden regelmäßig (zusammen mit anderen Behörden wie dem RKI, teilweise Federführung des Kooperationspartners) Notfallvorsorgepläne, Pandemiepläne und weitere organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen für die Bekämpfung auch von Pandemien entwickelt. In der Vergangenheit wurden zu dem Szenario einer Pandemie zwar gelegentlich Studien erstellt, seltener große Übungen durchgeführt und noch seltener ausführlichere Risikoanalysen erhoben. Aber alle diese Arbeiten konnten in der gegenwärtigen Krise nicht viel mehr als einen groben Rahmen bieten. Denn für ein gutes, reibungslos ablaufendes Krisenmanagement bedarf es vor allem vieler Erfahrungen mit gleichartigen Krisen- und Übungssituationen und der steten Nachbesserung von Rahmenbedingungen. Im Bereich der Feuerwehr und im Rettungswesen ist das über die Jahre immer weiter optimiert worden. Im Falle einer Pandemie kann auf keiner Routine aufgebaut werden und das bedeutet, dass die meisten Handelnden schlecht vorbereitet und überfordert sein werden, und dass dem Krisenmanagement Fehler unterlaufen werden.
Ausgangspunkt einer Krisenintervention ist immer das Vorhandensein einer besonderen Gefahrenlage.

Feststellung einer besonderen Gefahrenlage (Pandemie)

Die Feststellung einer besonderen Gefahrenlage setzt nicht zwingend voraus, dass ein Schaden bereits eingetreten ist. Im Falle einer vermuteten Pandemie wird eine Abschätzung möglicher Schäden vorgenommen, die ohne Schutzmaßnahmen voraussichtlich eintreten würden. Diese Abschätzung muss im Verlauf einer Pandemie laufend aktualisiert werden, weil sie zuerst lediglich eine plausible Vermutung ist. Wenn diese Plausibilität nicht mehr gegeben ist, oder wenn eine entgegenstehende Bewertung plausibler erscheint, oder wenn das Schadausmaß in angemessener Zeit keine außergewöhnliche Höhe erreicht, liegt keine besondere Gefahrenlage (mehr) vor.

Schutzmaßnahmen als eigene Gefährdungsquelle – Eintritt einer Multi-Gefahrenlage

Schutzmaßnahmen können nicht beliebig präventiv eingesetzt werden, weil auch sie das Potential in sich tragen, außergewöhnliche Schäden zu erzeugen. Es gibt in einer Pandemie also immer mindestens zwei Gefahren, die das Krisenmanagement im Blick haben muss: gesundheitliche Schäden **durch einen Krankheitserreger**, Kollateralschäden durch **Nebenwirkungen der Schutzmaßnahmen** oder (als Spezialfall) einen **Fehlalarm**.

Aufgrund dieses Dualismus muss im Verlaufe einer Pandemie die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von außergewöhnlichen Schäden und die voraussichtliche Höhe des entstehenden Schadens für alle bestehenden Gefahren simultan laufend nachgehalten werden. Die Auswertung von Daten über das Infektionsgeschehen und die Zahl der Todesfälle reicht dazu bei weitem nicht aus. Dazu eignet sich eine systematische Multi- Gefahrenanalyse (Kriterien für eine Multi-Gefahrenanalyse enthält die Langfassung).

Bedeutung von Kollateralschäden

Eine zentrale Erkenntnis aus allen bisherigen Studien, Übungen und Risikoanalysen ist, dass bei der Bekämpfung einer Pandemie stets Kollateralschäden entstehen (als Auswirkungen von ergriffenen

Schutzmaßnahmen), und dass diese Kollateralschäden einer Pandemie bedeutend größer sein können, als der durch den Krankheitserreger erreichbare Schaden.

Ein immer in Kauf zu nehmender Kollateralschaden hat dann das beste Aufwand-Nutzen-Verhältnis, wenn er nicht größer ist, als zur Erreichung eines Schutzziels mindestens erforderlich ist.

Er hat dann das maximal schlechteste Aufwand-Nutzen-Verhältnis, wenn sich die ursprüngliche Warnung vor einem unbekannten Virus am Ende als übertrieben oder im Extremfall sogar als Fehlalarm herausstellt, denn dann besteht der Gesamtschaden der Pandemie ausschließlich aus dem völlig zweckfreien Kollateralschaden.

Perspektive

Es macht wenig Sinn und man wird einer Lösung nicht näher kommen, wenn man nur versucht, die genauen Stationen des Versagens des Krisenmanagements minutiös nachzuvollziehen. Abhilfe wird nur möglich sein, wenn es eine aktive Auseinandersetzung mit jenen systemischen Effekten gibt, die in ihrer Gesamtdynamik in der Coronakrise zu einer existenziellen Schädigung des Gemeinwesens und auch der staatlichen Ordnung führen können.

Das Krisenmanagement und der gesamte Staat sind in einer prekären Situation. Es kann zwar beim genauen Hinsehen keinen vernünftigen Zweifel mehr daran geben,

- dass die Coronawarnung ein Fehlalarm war,
- dass das Krisenmanagement die Arbeit der Gefahrenabwehr suboptimal verrichtet und Fehler gemacht hat, die einen großen Schaden verursacht haben und jeden Tag weiter verursachen (einschließlich Todesopfer), an dem die Maßnahmen nicht ersatzlos gestrichen werden.

Da der Krisenstab und das gesamte Krisenmanagement einschließlich der Politik weitestgehend den rechtlichen, organisatorischen und sonstigen Rahmenvorgaben entsprechend gehandelt haben, scheint für sie zunächst jedoch wenig Anlass zu bestehen, Änderungen vorzunehmen. Alleine der in dieser Analyse herausgearbeitete Befund wird nicht ausreichen, auch dann nicht, wenn die Ergebnisse sachlich richtig sind und im Interesse des Landes und seiner Bevölkerung eine Umorientierung dringend geboten erscheint. Schon eine Abstimmung der vorliegenden Analyse mit allen tangierten Stellen der Ministerialverwaltung würde aufgrund der heterogenen Interessen und Verantwortungslage der zahlreichen zu Beteiligenden voraussichtlich bzw. erfahrungsgemäß zu einer Nivellierung (oder zum Aussortieren) ihres Inhaltes führen. Einen regelkonformen Totalschaden für unser Land zu vermeiden ist vielleicht möglich, derzeit erscheint das jedoch nur mittels kreativer Informationsstrategie derer möglich, die in der Lage wären, einen praktikablen Ausweg zu ermitteln und zu organisieren.

Eigentlich müsste jetzt eine neue Krise festgestellt und ein Krisenmanagement eingerichtet werden, um die Gefahren eines verautomatisierten und dadurch außer Kontrolle geratenen Pandemie-Krisenmanagements zu bekämpfen. Das wäre sachgerecht. Wenn die Exekutive dies nicht aus sich heraus schafft, gäbe es in einem Staatswesen mit Gewaltenteilung grundsätzlich Korrekturmöglichkeiten:

a) Die gesetzgebende Gewalt (die Parlamente von Bund und Ländern) könnten die gesetzlichen Rahmenbedingungen ändern und so die Exekutive veranlassen (zwingen), das Krisenmanagement anders als bisher zu betreiben. Die Legislative hat in den vergangenen Wochen bewiesen, dass sie kurzfristig Beschlüsse fassen kann.
b) Die Rechtsprechung könnte eingreifen. Die Verfassungsgerichte von Bund und Ländern haben die Anordnung extremer Beschränkungen elementarer und konstitutioneller Rechte in DEU durch die Regierungschefs aufgrund einer vermeintlichen außerordentlichen Bedrohung durch einen gefährlichen Virus für rechtmäßig erachtet. Sie haben jeder grundlegenden Beschwerde, Klage und jedem Widerstand die Legalität und Legitimität abgesprochen. Bisher taten sie das, ohne eine

vertiefte Plausibilitätsprüfung durchzuführen. Eine solche ist, wie ich aufgezeigt habe, möglich und würde den Irrtum entlarven.

c) Grundsätzlich könnten auch die großen elektronischen Massenmedien und die überregionalen Leitmedien ein Korrektiv bilden. Dass dies faktisch nicht geschieht, muss zwei Überlegungen provozieren: Die Rahmenbedingungen für Medien sind suboptimal, sie erschweren offenkundig faktisch die ursprünglich beabsichtigte Meinungsvielfalt in unserem Lande. Die dabei eingetretene relative Einheitlichkeit orientiert sich nicht etwa an oppositionellen Meinungen und Richtungen (das könnte theoretisch indirekt einen leicht systemdestabilisierenden Effekt haben) sondern an etablierten Politikrichtungen, insbesondere an den Intentionen von Regierungen (damit würden bestehende Regierungen indirekt stabilisiert und gegenüber einer Opposition abgeschirmt, auch in dem Fall, dass sich ein konkretes Regierungshandeln z.B. aufgrund eines sachlichen Irrtums gegen die existenziellen Interessen des Landes richtet). Die Leitmedien und vor allem die öffentlich Rechtlichen scheinen sich offenbar überwiegend als Überträger der als gemeinsam angesehenen Grundpositionierungen der dominierenden politischen Richtung auf die Bevölkerung zu sehen.

Überblick über die gesundheitlichen Auswirkungen (Schäden) der staatlicherseits verfügten Maßnahmen und Beschränkungen in der Coronakrise 2020

(Stand: 7. Mai 2020 fin)

Methodische Vorbemerkungen

Aufgeführt sind Risiken, die heute von 10 hochrangigen Experten/Wissenschaftler der jeweiligen Fachrichtungen für grundsätzlich plausibel gehalten worden sind. Die Auswahl der Experten erfolgte zufällig, das Ergebnis kann daher nicht repräsentativ sein.

Wichtig für die künftige systematische Erfassung von gesundheitlichen Kollateralschäden in der Pandemie ist, mindestens Spezialisten der hier einbezogenen wissenschaftlichen Disziplinen zu konsultieren. Anders ist eine realistische Gesamt-Bestandsaufnahme nicht möglich.

1. Todesfälle

a. Aufgrund Einschränkungen der Klinikverfügbarkeiten (und Behandlungsmöglichkeiten) verschobene oder **abgesagte Operationen**:
Über alles betrachtet hatten wir im Jahr 2018 insgesamt ca. 17 Mio vollstationärer Patienten mit OPs. Das sind im Schnitt 1,4 Mio Patienten pro Monat. Im März und April wurden 90% aller notwendiger OPs verschoben bzw. nicht durchgeführt. Das heißt 2,5 Mio Menschen wurden in Folge der Regierungsmaßnahmen nicht versorgt. Also 2,5 Mio Patienten wurden in März und April 2020 nicht operiert, obwohl dies nötig gewesen wäre. Die voraussichtliche Sterberate lässt sich nicht seriös einzuschätzen; Vermutungen von Experten gehen von Zahlen zwischen unter 5.000 und bis zu 125.000 Patienten aus, die aufgrund der verschobenen OPs versterben werden/schon verstarben.

b. Aufgrund Einschränkungen der Klinikverfügbarkeiten (und Behandlungsmöglichkeiten) verschobene oder **abgesagte Folgebehandlungen** von (z.B. an Krebs, Schlaganfall oder Herzinfarkt) Erkrankten:
   Die negativen Wirkungen von unterbrochenen Versorgungsstrukturen bei Tumorpatienten, seien es Krebsnachsorge oder auch unterbrochene Krebsvorsorgeprogramme, wie beim Brustkrebs, liegen auf der Hand, denn diese Maßnahmen haben ja ihren Nutzen in langen Studien belegt und sind auf dieser Basis eingerichtet worden.
   Es ist auch hier von jährlichen Behandlungszahlen in Millionenhöhe auszugehen. In einem Teil der Fälle werden die Verfügbarkeitseinschränkungen der Kliniken ebenfalls zum vorzeitigen Versterben von Patienten führen. Eine Prognose dieses Effekts ist schwierig. Experten, die sich dazu äußerten, gingen von bis zu mehreren tausend zusätzlichen Toten aus, die bereits in März und April 2020 verstarben oder noch versterben werden.

c. Bei der Versorgung von **Pflegebedürftigen** (in DEU insgesamt 3,5 Mio. Menschen) sinkt aufgrund von staatlich verfügten Beschränkungen das Versorgungsniveau und die Versorgungsqualität (in Pflegeeinrichtungen, bei ambulanten Pflegediensten sowie bei privat / innerfamiliär durchgeführter Pflege). Da erwiesenermaßen das gute Pflegeniveau in DEU viele Menschen vor dem vorzeitigen Versterben bewahrt (das ist der Grund dafür, dass dafür so viel Geld aufgewendet wird), wird die im März und April 2020 erzwungene Niveauabsenkung vorzeitige Todesfällen ausgelöst haben. Bei 3,5 Mio. Pflegebedürftigen würde eine zusätzliche Todesrate von einem Zehntel Prozent zusätzliche 3.500 Tote ausmachen. Ob es mehr oder weniger sind, ist mangels genauerer Schätzungen nicht bekannt.
d. Zunahmen von **Suiziden** (bisher durchschn. 9.000 pro Jahr); Gründe für die Zunahme von Suiziden: langeandauernde erhebliche Beeinträchtigung aller Lebensbedingungen, die für psychisch instabile Persönlichkeiten kritisch werden können; aber auch mit zahlreichen Suiziden als Reaktion auf die wirtschaftliche Vernichtung von Existenzen ist zu rechnen; diverse Berufsgruppen, die sich ihrer Belastung durch die gesellschaftlichen und persönlichen Veränderungen und ihrer persönlichen (Mit)Verantwortung nicht gewachsen fühlen.
e. Zusätzliche Todesfälle durch **Herzinfarkt** und **Schlaganfall**
   Über die letzten Jahre und Jahrzehnte wurden integrierte Konzepte entwickelt, die erfolgreich die Morbidität und Mortalität beeinflusst haben und darauf beruhen, dass möglichst frühzeitig (im Krankheitsverlauf), möglichst rasch (Zeit bis zur Versorgung) und möglichst kompetent eine Versorgung erfolgt. Diese inter-sektoralen/-disziplinären Ketten sind in vielfacher Weise geschädigt (ambulante Versorgung, Ressourcenentzug) und leiden auch maximal darunter, dass bedingt durch einseitige und übertriebene Informationspolitik die Betroffenen unberechtigter Weise Corona mehr als diese Erkrankungen fürchten und Warnzeichen unterdrücken und auch befürchten mit diesen Erkrankungen in der derzeitigen Corona-Fixierung im Krankenhaus nicht gut behandelt zu werden. In Konsequenz suchen derzeit viele Betroffene nicht/zu spät den Arzt auf, was bei diesen Erkrankungen erhöhte Morbidität, verschlechterte Rehabilitation und erhöhte Mortalität bedeutet.

2. **sonstige gesundheitliche Schäden** (verbunden mit Leid der Betroffenen und hohem Kosteneffekt für die sozialen Sicherungssysteme, das Gesundheitssystem und den Arbeitsmarkt)
   a) besonders in ihren Kontakten reduzierte **alte/pflegebedürftige Menschen** sind von den Maßnahmen betroffen und leiden vielfach stark unter ihnen. Teils beeinträchtigen die getroffenen Maßnahmen (Grenzschließungen, Quarantäneregelungen, Kontaktverbote, etc.) die schon vorher kritische ambulante/stationäre Betreuungssituation negativ (damit auch die optimale Versorgung in Bezug auf Corona)
   b) behandlungsbedürftige (schwerere) Psychosen, Neurosen (Ängste, Zwangsstörungen, ..) aufgrund von langeandauernde erhebliche Beeinträchtigung aller Lebensbedingungen, die für psychisch instabile Persönlichkeiten Krankheitszustände auslösen werden; es sind langjährige medizinische Behandlungen und Rehabilitationsleistungen zur Kompensation dieser Beeinträchtigungen nötig, es kommt zu gesundheitsbedingten Arbeitsausfällen. 1 bis 2% der deutschen Gesamtbevölkerung erleben mindestens einmal im Leben eine Psychose. Wenn eine Disposition oder Anfälligkeit vorliegt, besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sich dies unter den Rahmenbedingungen der Coronakrise manifestiert.
   c) mehr Streitigkeiten und Körperverletzungen in Folge von starken Kontaktbegrenzungen und Kontaktverbote; Häusliche Gewalt, Kindesmissbrauch
   d) verbreitete Kommunikationsstörungen (durch psychische Effekte, s.o., und auch z.B. durch den Zwang zur Tragen von Gesichtsmasken, durch die Gestik und Mimik als Kommunikationsmittel stark eingeschränkt sind (führt zu Missverständnissen, Misstrauen, …)

b) (abhängig von der wirtschaftlichen/volkswirtschaftlichen Entwicklung:) **Verlust an Lebenserwartung**. Dies dürfte langfristig zu einem größeren Schaden der Krise werden. Seit den 50er Jahren hat DEU aufgrund positiver volkswirtschaftlicher Entwicklung eine starke Erhöhung der Lebenserwartung realisiert (um 13 bis 14 Jahre längere durchschnittliche Lebenszeit). Das permanent gestiegene Wohlstandsniveau ermöglichte u.a. zunehmend aufwendige Gesundheitsvorsorge und Pflege. Bei stark negativer wirtschaftlicher Entwicklung und einer entsprechenden Reduktion des Wohlstandsniveaus geht die Entwicklung in die entgegen gesetzte Richtung: die Lebenserwartung wird sinken. (Das RKI hat nachgewiesen, dass hohe Arbeitslosigkeit die Lebenserwartung senkt.) Bei über 80 Mio. Einwohnern kann durch staatliche Schutzmaßnahmen (nicht durch den Virus) ein entsprechend hohes Volumen an Lebensjahren der Bevölkerung vernichtet worden sein.

Den meisten o.g. Effekten ist gemeinsam, dass es auch nach Aufhebung der Beschränkungen sehr lange dauern wird, bis diese Maßnahmen und Behandlungen wieder auf Vorniveau laufen, da hier alle ineinandergreifenden Glieder wieder funktionsfähig sein müssen, die Ressourcen wieder (rück-)alloziert werden müssen und auch das Vertrauen der Patienten wiederhergestellt werden muss. Im Übrigen kann es teilweise gegenläufige, auf den ersten Blick paradoxe Reaktionen, gebenDie Schädigungsphase wird daher voraussichtlich wesentlich länger andauern als die eigentliche Unterbrechung. Bei einer künftig verkürzten Lebenserwartung setzt der Schaden sogar erst in der Zukunft ein.

Da theoretisch, zumindest partiell, auch mit gegenläufigen Effekten gerechnet werden muss – also mit auf den ersten Blick paradoxen Reaktionen – , ist von genaueren zahlenmäßigen Schätzungen von zu erwartenden Schadfällen abgesehen worden. Mit den genannten Zahlen werden Größendimensionen aufgezeigt.

Schlussbemerkungen

Es gibt zwei bedeutende Gründe dafür, dass diese Informationen ohne vorherige Konsultation anderer zuständiger Stellen direkt versendet werden:

1. Es ist Gefahr im Verzug! Durch vermeintliche Schutzmaßnahmen entstehen im Moment jeden Tag weitere schwere Schäden, materielle und gesundheitliche bis hin zu einer großen Zahl von vermeidbaren Todesfällen. Diese Todesfälle werden durch das Agieren des Krisenmanagements ausgelöst und sind von diesem zu verantworten sobald das Wissen über die in der hiermit übermittelten Analyse behandelten Sachverhalte vorliegt – auch von dem Absender dieser Informationen, der Teil des Krisenmanagements ist. Abhilfe ist nur möglich, wenn das vorhandene Wissen weitergegeben und zur Kenntnis genommen wird. Alle Möglichkeiten vorgelagerter Intervention wurden vom Absender ausgeschöpft.
2. Angesichts des sachlichen Befunds der vorliegenden Analyse und der dazu im Kontrast stehenden Entscheidungen der Politik, kann bei geschädigten Außenstehenden möglicherweise die Befürchtung aufkommen, dass das bestimmende Schutzziel des nationalen Krisenmanagements nicht mehr die Sicherheit und Gesundheit der Bevölkerung ist, sondern die Glaubwürdigkeit und Akzeptanz von Regierungsparteien und Regierungsmitgliedern. Aus derartigen Wahrnehmungen, die nicht per se irrational sind, kann in einem auf Zusammenhalt angelegten Gemeinwesen eine ungünstige Dynamik erwachsen, die vor allem mit rationalen Folgeentscheidungen durch Krisenmanagement und Politik – auf der Basis vollständiger Analysen – gut begrenzt werden kann.

KM 4 – 51000/29#2 25. April 2020/ **7. Mai 2020**

Version: 2.0.1

A U S W E R T U N G S B E R I C H T

des Referats KM 4 (BMI)

– erstellt von ORR Kohn –

Coronakrise 2020 aus Sicht des Schutzes Kritischer Infrastrukturen

Auswertung der bisherigen Bewältigungsstrategie und Handlungsempfehlungen

Folgende Prämissen liegen meiner Arbeit zu Grunde:

1. Handlungsleitend und Grundlage von Entscheidungen sollten wahrheitsgemäße, fundierte Sachverhaltsbeschreibungen sein.
2. Das Handeln von verantwortlichen Menschen sollte rational sein
3. Die in demokratischen Wahlen bestimmten Regierungen (Exekutive) auf den Ebenen Bund, Land und Kommune, haben als höchstes Ziel, die materiellen und ideellen Interessen der Bevölkerung zu wahren, zu schützen, zu garantieren.

0. Vorwort

Die erst wenige Wochen alte Coronakrise dürfte zu den größten Herausforderungen gehören, mit denen unser Land es je zu tun hatte. Die Krisenstäbe, und das Krisenmanagement als Ganzes, leisten mit hohem persönlichem Einsatz eine extrem wichtige und zugleich die schwierigste Arbeit, die man sich vorstellen kann. Das Krisenmanagement entscheidet faktisch über Leben und Tod. Es bestimmt mit seinen Entscheidungen, wem unsere Gesellschaft eine Überlebenschance gibt, und wen sie sterben lässt. Jeden Tag aufs Neue. Für wen werden welche Behandlungsmöglichkeiten reserviert und wem wird die Behandlung wie z.B. eine geplante wichtige OP versagt. Weitere Werte unserer Gesellschaft sind bedroht, materielle (zu denen die Gesundheit gehört) wie ideelle. Auch ein Gemeinwesen kann „sterben“.

Entscheidungen zu treffen ist unvermeidbar. Ich möchte mit meiner Arbeit einen Beitrag dazu leisten, dass die Abwägungsprozesse so professionell wie möglich erfolgen können.

1. Einführung

1.1 Aufgaben und Arbeitsweise des Referats KM 4:

Referat KM 4 hat den Auftrag (Anlage 1), sich eine eigene Bewertungskompetenz zum KRITIS-Schutz aufzubauen und auf dieser Basis Stellungnahmen eigeninitiativ und in Beteiligungsverfahren abzugeben. Dies ist eine solche Stellungnahme.

KM 4 soll weiterhin auf die Konsistenz des KRITIS-Schutzes, die sich vor allem wegen vielfacher Interdependenzen der Sektoren ergeben, hinwirken. Das ist ein Schwerpunkt der vorliegenden Ausarbeitung. Für entsprechende Konzepte und Strategien hat, solange nicht ausschließlich IT-Belange berührt sind, KM 4 im Hause die Federführung und arbeitet eng zusammen mit: den Bundesressorts, den Bundesländern, der EU, KRITIS-Betreibern, Verbänden sowie sonstigen betroffenen Institutionen, und kümmert sich um supra- und internationale Angelegenheiten. KM 4 bedient sich u.a. der Zuarbeit des BBKs, über das KM 4 zu allen Angelegenheiten im KRITIS-Kontext die Fachaufsicht ausübt. Für die Erstellung dieses Berichts wurden vielfältige Kontakte zu den genannten Stellen aktiviert. Der Gesamttext ist jedoch nicht abstimmt, sondern wird als eigenständige Expertise mit Empfehlungen vorgelegt.

1.2 Warum diese Auswertung?

Große Katastrophen wie die einer Pandemie treten sehr selten ein. Die Behörden, die für die Bewältigung von Krisen zuständig sind, üben zwar regelmäßig verschiedene Gefährdungsszenarien, unter anderem auch den Fall einer Pandemie, aber sie können alleine dadurch keine ausreichende Erfahrung sammeln, um in einer real eintretenden Lage routiniert agieren zu können. In der akuten Krise nutzen sie bestehende Strukturen, Prozesse und im Vorhinein (teils gesetzlich) festgelegte Verfahren, die in der Vergangenheit nach jeder der wenigen Übungen optimiert wurden. Der Rest wird improvisiert.

Die aktuelle Coronakrise zeichnet sich durch eine **doppelte Gefährdungslage** für unsere Gesellschaft und ihre Kritischen Infrastrukturen aus:

zeitlicher Beginn	Gegenstand der Gefahr	Risikopotential für KRITIS
Ende 2019	gesundheitliche **Gefahren durch den neuen Coronavirus** (Covid-19, SARS-CoV-2) *(Gesundheitskrise)*; u.a. Risiken für die Versorgung mit kritischen Dienstleistungen	?
seit etwa Mitte März 2020	multiple Gefahren unterschiedlicher Art, die durch Maßnahmen, die zum Schutz vor den gesundheitlichen Gefahren ergriffen wurden, ausgelöst werden ***(Wirtschafts- und Gesellschaftskrise)***; u.a. Risiken für die Versorgung mit kritischen Dienstleistungen	?

Die beiden Gefahrenlagen gehen ohne zeitliche Unterbrechung in einander über. Für eine ausführliche und systematische Auswertung des bisherigen Krisenmanagements haben die operativ darin agierenden Organisationseinheiten und Beschäftigten daher keine Gelegenheit und Zeit. Alleine dieser Sachverhalt schafft neue Risiken und Gefahren. Der hier vorgelegte Bericht soll Abhilfe schaffen. Er betrachtet die Lage aus der **Perspektive des strategischen Schutzes Kritischer Infrastrukturen.**

Es handelt sich ausdrücklich nicht um ein Produkt für die Öffentlichkeitsarbeit, sondern um einen internen Bericht, der keinen anderen Zweck verfolgt, als einen fachlich fundierten Impuls zur Optimierung des Krisenmanagements und zur Maßnahmenplanung zu leisten. Dieser Bericht ist schonungslos offen – aufgrund seiner Dringlichkeit musste darauf verzichtet werden, die Inhalte in schönere Worte zu verpacken. Die Leser mögen den direkten Stil nachsehen und sich vor allem des inhaltlichen Kerns dieser Arbeit bedienen.

Sofern interne Arbeitsprozess reflektiert werden, geschieht das ausschließlich unter streng fachlichen Aspekten.

1.3 Wen und was meine ich mit „Krisenmanagement" in diesem Bericht?

In technisch-organisatorischer Hinsicht besteht das Krisenmanagement aus den professionellen Lagedienste und Krisenstäbe sowie die ihnen zuarbeitenden Stellen – jeweils beim Bund und in den Bundesländern. Die wichtigsten und auswirkungsstärksten Entscheidungen werden auf der Ebene von Behördenleitungen und der politischen Leitung der Ministerien getroffen. Daher gehören auch diese Akteure zum Krisenmanagement. Die erste Gruppe bildet das operative Krisenmanagement, die zweite das strategische.

Die Beziehungen dieser beiden System-Komponenten untereinander müssen untersucht und, wie sich zeigt, verbessert werden. Nicht nur zur Verbesserung der Ausgangslage in zukünftigen Lagen, sondern – ganz besonders dringend – noch jetzt, mitten in der Corona-Krise. Suboptimale Verfahren im Zusammenspiel von operativem und strategischem Krisenmanagement können zu schwerwiegenden Fehlleistungen führen und für unsere Gesellschaft ruinöse Schäden auslösen. Solche, sich derzeit abzeichnende Schäden stehen nicht mehr im Entferntesten mit den möglichen gesellschaftlichen Schäden durch den Covid-19 Virus in einem annehmbaren Verhältnis, sie werde diese um ein Vielfaches übertreffen.

1.4 Der Schutz Kritischer Infrastrukturen

Beim Schutz Kritischer Infrastrukturen geht es außerhalb von Krisenzeiten – also fast immer – um Maßnahmen, mit denen eine Gesellschaft sich vor möglichen Gefahren präventiv schützen will, oder wie beim Eintreten einer Gefahr, der Schaden möglichst gering gehalten werden soll. Um diese Ziele zu erreichen wird versucht, auf der Basis vorheriger Gefährdungs- und Risikoanalysen, ein höheres Schutzniveau Kritischer Infrastrukturen aufzubauen und/oder die gesellschaftliche (System-)**Resilienz** so zu **erhöhen**, dass das gesellschaftliche Gesamtsystem – einschließlich seiner Kritischen Infrastrukturen – weniger anfällig und insgesamt weniger verletzlich durch eine Störung oder auch den Ausfall einzelner Kritischer Infrastrukturen ist.

Der Schutz Kritischer Infrastrukturen ist aus verschiedenen Gründen eine anspruchsvolle Aufgabe:

- Es muss mit einer sehr großen Zahl potentieller Gefahren umgegangen werden, deren Eintritt zwar in den meisten Fällen (zu denen Szenarien gebildet werden können) relativ klein ist, die jedoch trotz geringer **Wahrscheinlichkeit** grundsätzlich jederzeit eintreten können. Also auch mit einem Schaden, der statistisch nur alle 100.000 Jahre eintritt, könnten wir schon morgen konfrontiert sein.
- Die Kritischen Infrastrukturen moderner und erfolgreicher Gesellschaften sind hochkomplexe Systeme von großer **Interdependenz** ihrer Teilfunktionen. Ein schwerwiegendes Problem in einem einzigen Teilsystem kann zu einem existenziellen Problem des gesamten Clusters Kritischer Infrastrukturen führen (besonders anschaulich im Szenario des Strom-Blackouts oder beim Ausfall des Internets).
- Die für den Schutz Kritischer Infrastrukturen einsetzten **Ressourcen** sind naturgemäß begrenzt, der Gegenwert für Aufwendungen ist nicht sichtbar. Sichtbar und erfahrbar wird jedoch ein Schaden, der eintritt, wenn der Schutz vernachlässigt wurde. Die Entscheidung für oder gegen zusätzliche Schutzmaßnahmen erfolgen meist aus Zielkonflikten heraus (z.B.: Preis des betroffenen Produktes oder Dienstleistung soll/muss gering sein, entgegengesetzte Interessen werden als prioritär angesehen, etc.).

Aufgrund dieser Besonderheiten kann sich auch die deutsche Gesellschaft nicht auf jede Eventualität vorbereiten, es bleiben stets **Restrisiken**. Restrisiken sind Risiken, auf die wir uns nicht vorbereitet haben und auch nicht vorbereiten werden – z.B. weil das nicht möglich ist, oder weil es nicht verhältnismäßig erscheint. Die Einschätzung der Verhältnismäßigkeit nimmt die Gesellschaft explizit vor (indem die vom Volk gewählten Politiker ihrer Einschätzung gemäß handeln oder ausdrücklich nicht handeln) oder implizit (indem keine Initiative erfolgt, sich handlungsorientiert mit bestimmten Risiken auseinanderzusetzen).

Dass Restrisiken verbleiben, ist weder gut noch schlecht, es ist unvermeidbar. Es lohnt nicht, damit zu hadern.

Gerade weil es ohnehin immer Restrisiken geben wird, kommt es sehr darauf an, die für den KRITIS-Schutz verfügbaren Ressourcen effektiv und effizient einzusetzen, und vor allem: bei der **Einschätzung von Gefahren** ganz besonders sorgfältig zu arbeiten. Dieses Motiv ist der rote Faden durch dieses Papier.

1.5 Referat KM4 als Ressource bei der Krisenbewältigung

In der Krise hat der Schutz Kritischer Infrastrukturen zwei Hauptaufgaben. Die eine besteht darin, den Schutz Kritischer Infrastrukturen operativ zu unterstützen (Einbringen der eigenen Expertise und Netzwerke ins Krisenmanagement, Monitoring des Status Quo's Kritischer Infrastrukturen, methodische Beratung). Die andere, die strategische Aufgabe der KRITIS-Schützer besteht in der Krisensituation darin, die **Auswirkungen der jeweiligen Krise auf das generelle Sicherheitsniveau Kritischer Infrastrukturen und auf das Resilienzniveau unserer Gesellschaft zu analysieren und zu bewerten, und in das Krisenmanagement einfließen zu lassen**. Diese strategische Perspektive wird in diesem Papier behandelt.

2. Wie waren das BMI (und die BReg) auf die Krisensituation vorbereitet?

Eine Pandemie wurde in der Vergangenheit mehrfach durch Bundesbehörden geübt und es gibt zahlreiche Empfehlungen für das Krisenmanagement in einer Pandemie, die sich einerseits aus den Erfahrungen mit den Übungen speisen, aber auch Ergebnis von Expertisen sind, die in den letzten Jahren im BMI mit seinen nachgeordneten Behörden unter Einbeziehung weiterer Fachleute (u.a. des RKI) erarbeitet wurden. In diesem Kapitel werden zunächst grundlegende Vorarbeiten ausgewertet und anschließend die Lükex-Übung 2007 und die Risikoanalyse aus 2012, den die BReg 2013 dem Parlament vorgelegte.

2.1 Hinweise und Warnungen in früheren Arbeiten zum Bevölkerungsschutz

Dem BMI war in einer Expertise der im eigenen Geschäftsbereich angesiedelten Schutzkommission (zwischenzeitlich aufgelöst) bereits 2006 mitgeteilt worden, dass in einer Virus-Pandemie von den Schutzmaßnahmen eine größere Gefahr für die Bevölkerung ausgehen kann, als durch die Erkrankung selbst. Das war noch nicht einmal auf eine Wirtschaftskrise gemünzt, sondern explizit auf **Kritische Infrastrukturen**.

Zitat:	*„In diesem Zusammenhang wird auch die Planung von Maßnahmen zur Abschwächung von Kollateraleffekten auf die Infrastruktur dringend empfohlen, da hierdurch (etwa durch Ausfälle des Transports, der Lebensmittel- oder Energieversorgung)* ***eine größere Gefährdung der Bevölkerung ausgehen kann als durch die Influenza selbst****.“*
Quelle:	25. September 2006 Zwischenbericht: Schutz der Bevölkerung vor neu auftretenden Influenza-Viren, Schutzkommission beim Bundesminister des Innern, Arbeitsgruppe biologische Gefahren https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Schuko/Teilbericht_Influenza_05a.pdf?__blob=publicationFile

Dass die Pandemieplanung darauf ausgerichtet sein muss, die Gefährlichkeit sorgfältig abzuschätzen und mit den Gefahren, die von Schutzmaßnahmen ausgehen können abzugleichen, ergibt sich u.a. aus einer zweiten Aussage der gleichen Expertise. Diese Empfehlung wurde nicht ausreichend beachtet.

Zitat:	*„Zuvorderst* ***erforderlich ist eine Modifikation der Pandemieplanung*** *unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich Influenza-Pandemieviren in ihrer Gefährlichkeit (Pathogenität) erheblich unterscheiden. Für ein Worst-case-Szenario nach dem Vorbild der „Spanischen Grippe“ von 1918 existieren bisher keine adäquaten Planungen.“*
Quelle:	25. September 2006 Zwischenbericht: Schutz der Bevölkerung vor neu auftretenden Influenza-Viren, Schutzkommission beim Bundesminister des Innern, Arbeitsgruppe biologische Gefahren https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Schuko/Teilbericht_Influenza_05a.pdf?__blob=publicationFile

Für den Fall, dass die von Bevölkerungsschutzbehörden bereits seit Jahren erwartete Pandemie ausbrechen würde, hätten u.a. präventiv spezielle Schwerpunktkliniken eingerichtet werden sollen. Diese Empfehlung wurde offenbar nicht umgesetzt. Wir erleben heute in fataler Weise die Auswirkungen davon, dass man an dieser Stelle meinte sparen zu müssen. Die Zahl der Krankenhäuser ist in DEU in den letzten Jahren um 20 Prozent gesunken.

Zitat:	*„Die Umsetzung der im Nationalen Pandemieplan empfohlenen Maßnahmen kommt nach Ansicht der Arbeitsgruppe auf Länderebene teilweise zu langsam voran und ist nicht vollständig. Nur wenige Bundesländer haben ihre Pandemiepläne weitgehend fertig gestellt. Die* ***dringend empfohlene Einrichtung von Schwerpunktklinken*** *wurde aus* ***Kostengründen kaum realisiert.*** *Auch die Beschaffung von erforderlicher Ausstattung sowie Ausbildung und Übung sind auf der operativen Ebene nicht genügend realisiert. Wir empfehlen daher, die Pandemiepläne der Länder eilig fertig zu stellen und die Vorgaben des Nationalen Pandemieplanes umzusetzen."*
Quelle:	25. September 2006 Zwischenbericht: Schutz der Bevölkerung vor neu auftretenden Influenza-Viren, Schutzkommission beim Bundesminister des Innern, Arbeitsgruppe biologische Gefahren https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Schuko/Teilbericht_Influenza_05a.pdf?__blob=publicationFile

Nicht einmal die Mitarbeiter des Krisenstabs wurden in der Coronakrise 2020 systematisch gegen alle auch nur entfernt ähnlichen Erkrankungen geimpft. Auch das war eine empfohlene Maßnahme des gleichen Schutzkommission-Berichts. Zwar kann mit so einer Maßnahme bestenfalls eine Teilimmunität erreicht werden, aber auch die könnte möglicherweise für einen betroffenen Mitarbeiter über Leben und Tod entscheiden – und für den Dienstherrn die Verfügbarkeit oder nicht-Verfügbarkeit eines für das Krisenmanagement dringend benötigten Personalressource bedeuten.

Zitat:	*„Da bei einer eventuellen Anpassung des gegenwärtig grassierenden Vogelgrippevirus H5N1 an den Menschen eine besonders schwere Pandemie zu erwarten ist, empfiehlt die Arbeitsgruppe die umgehende Bestellung einer geringen Menge humanen Impfstoffs gegen H5N1 (ca. 2-4 Mio. Dosen), um ggf. für die Aufrechterhaltung der Infrastruktur unverzichtbare Personen schützen zu können.* ***Auch bei einem eventuellen genetischen Drift der H5N1 Variante Typ Asia wird dieser Impfstoff wahrscheinlich zumindest eine Teilimmunität verleihen****."*
Quelle:	25. September 2006 Zwischenbericht: Schutz der Bevölkerung vor neu auftretenden Influenza-Viren, Schutzkommission beim Bundesminister des Innern, Arbeitsgruppe biologische Gefahren https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Schuko/Teilbericht_Influenza_05a.pdf?__blob=publicationFile

In einer anderen Stellungnahme der Schutzkommission (zu Ebola, aus 2014) wurde darauf hingewiesen, dass von wirksamen Maßnahmen zum Schutz vor epidemischen Krankheiten Gefahren für unsere Gesellschaft ausgehen, die beachtet werden müssen. Auch hier werden ausdrücklich die **Kritischen Infrastrukturen** adressiert, sowie wirtschaftliche Risiken, die in DEU (im Gegensatz zu anderen OECD-Ländern wie z.B. die USA) nicht als KRITIS behandelt werden. - Dieser Aspekt sollte bei der Weiterentwicklung der nationalen KRITIS-Strategie Deutschlands unbedingt einbezogen werden.

Zitat:	„Im Extremfall können irrationale Ängste dazu führen, dass Teile der Bevölkerung jeden Kontakt mit Fremden meiden und sich von vermeintlich gefährlichen Ansammlungen fernhalten. In der Folge sind Arbeitsausfälle und – wenn **kritische Dienste**, Versorgung oder Infrastruktur betroffen sind – auch Störungen des öffentlichen Lebens in Betracht zu ziehen. **Aus diesen Gründen könnten einzelne Ebola-Fälle, obgleich sie in Deutschland für das Gesundheitssystem gut beherrschbar wären, mit erheblichen sozialen und wirtschaftlichen Risiken verbunden sein.“** (letzte Hervorhebung wie im Original)
Quelle:	15. Oktober 2014, STELLUNGNAHME der Schutzkommission beim Bundesministers des Innern, Die Ebola-Epidemie in Westafrika: Gefährdungspotenzial und Handlungsempfehlungen, Seiten 5-6 https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Schuko/Stellungnahme_Ebola.pdf?__blob=publicationFile

In der gegenwärtigen Krise wurde vielfach das Agieren anderer Staaten als Vorbild oder Muster herangezogen, obwohl wesentliche Rahmenbedingungen nicht vergleichbar sind. DEU verfügt über eine sehr viel bessere Gesundheitsinfrastruktur als die meisten anderen Länder und hat insbesondere höhere Behandlungskapazitäten für hoch ansteckende, lebensbedrohliche Erkrankungen als jeder andere Industriestaat. Auch die Datenlage, die für die Ermittlung des Gefährdungspotentials wichtig ist, ist in DEU vergleichsweise umfangreich und detailliert.

Zitat:	*„Die Behandlungskapazitäten für hoch ansteckende, lebensbedrohliche Erkrankungen sind höher als in jedem anderen Industriestaat.“*
Quelle:	15. Oktober 2014, STELLUNGNAHME der Schutzkommission beim Bundesministers des Innern, Die Ebola-Epidemie in Westafrika: Gefährdungspotenzial und Handlungsempfehlungen, Seite 6 https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Schuko/Stellungnahme_Ebola.pdf?__blob=publicationFile

Die Schutzkommission hatte 2014 ausdrücklich empfohlen, im Krisenfall ein wissenschaftlich begründetes, optimiertes Sicherheitskonzept zu erstellen.

Zitat:	*„13. **Erstellung eines wissenschaftlich begründeten, optimierten Sicherheitskonzeptes** für in das Epidemiegebiet entsandte Helfer (Infektionsschutz unter Feldbedingungen, ärztliche Betreuung vor Ort, Rückholung im Infektionsfall usw.). Dies ist die einzige effektive Maßnahme, mit der präventiv der Import von Ebola-Infektionen verhindert werden kann.“*
Quelle:	15. Oktober 2014, STELLUNGNAHME der Schutzkommission beim Bundesministers des Innern, Die Ebola-Epidemie in Westafrika: Gefährdungspotenzial und Handlungsempfehlungen, Seite 8 https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Schuko/Stellungnahme_Ebola.pdf?__blob=publicationFile

Ein Sicherheitskonzept erfüllt nicht alleine dadurch die wissenschaftliche Begründetheit, dass Wissenschaftler einbezogen wurden. Denn die Wissenschaft als Gesamtkonzept zeichnet sich vielfach durch heterogene Theorienbildung, Meinungen und Einschätzungen von Wissenschaftlern aus. Das bedeutet einerseits, dass man für nahezu jede Aussage eine bestätigende wissenschaftliche Meinungs-Aussage (Expertise) erhalten kann, aus einer Meinung von Wissenschaftlern also kein Anspruch auf Wahrheit ableitbar ist. Von größtmöglicher Wahrheit kann man alleine bei Aussagen ausgehen, zu denen es einen vollständigen Konsens gibt, weil sie bewiesen worden sind, und sich dieser Beweis jederzeit überprüfen lässt.

Bei präventiven Maßnahmen ist es sinnvoll, mögliche Risiken nach folgender Definition zu beschreiben:

Zitat:	„Im Rahmen einer Risikobewertung bedeutet der Begriff „Risiko“ das Potenzial eines Ereignisses, die öffentliche Gesundheit zu beeinträchtigen, basierend auf der Wahrscheinlichkeit seines Eintretens und dem Ausmaß seiner Auswirkungen.*“*
Quelle:	Oktober 2019, RKI: RAHMENKONZEPT MIT HINWEISEN FÜR MEDIZINISCHES FACHPERSONAL UND DEN ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENST IN DEUTSCHLAND, Epidemisch bedeutsame Lagen erkennen, bewerten und gemeinsam erfolgreich bewältigen, Seite 17 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Preparedness_Response/Rahmenkonzept_Epidemische_bedeutsame_Lagen.pdf?__blob=publicationFile

Sinnvoll ist diese Abschätzung von Gefahren und Risiken, weil sie eine Priorisierung von präventiven Schutzmaßnahmen ermöglicht.

Wenn es, wie in der vorliegenden Krise, gleichzeitig zwei Gefahren gibt, müssen diese nach dieser Methode miteinander verglichen werden. Die methodischen Anforderungen für den Nachweis von Wahrscheinlichkeit des Eintretens und das Ausmaß seiner Auswirkungen müssen identisch sein. Sonst kann man die Auswirkungen nicht vergleichen.

Zu beachten ist, dass die eine der beiden gegenwärtigen Gefahren, der Corona Virus, extern verursacht ist, und große Unsicherheiten bestehen einzuschätzen, wie die von ihm ausgehenden Gefahren gemindert werden können, während wir die Dynamik der zweiten gegenwärtigen Gefahr, die Wirtschafts- und Gesellschaftskrise, relativ gut kennen (Erfahrungen mit der Finanzkrise 2009) und sie vollständig steuern können – jedenfalls solange sie keine unkontrollierbare Eigendynamik entwickelt. Und gerade weil diese Gefahr besteht, muss eine sehr sorgfältig und intensiv betriebene und ganzheitlich-systemisch angelegte Gefahrenabschätzung vorgenommen werden.

Das Problem paralleler Risiken ist aus der Medizin bekannt. Wenn ein Tumor in ein lebenswichtiges Organ eingewachsen ist, kann man ihn nicht einfach herausschneiden.

2.2 Hinweise und Warnungen in Publikationen, Broschüren und Reden

Dass die Bewertung von bundesweiten Gefährdungen („bundesweite Risikoanalyse“) noch nicht ausreicht und dringend verbessert werden muss, ist seit über zehn Jahren bekannt. Dieses Anliegen war bei der letzten Änderung des ZSKG (2009) noch nicht integriert worden.

2012 stellte der damalige Leiter der Katastrophenschutzabteilung des BMI fest, dass zwar wesentliches bei der Verbesserung von Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe erreicht sei, aber insbesondere die bundesweite Risikoanalyse noch abgearbeitet werden müsse.

> *„Als neue Instrumente in der Bund-Länder-Zusammenarbeit wurden das Gemeinsame Melde- und Lagezentrum des Bundes und der Länder, die Datenbank deNIS für das Informations- und Ressourcenmanagement, das satellitengestützte Warnsystem des Bundes und als organisatorischer Schwer punkt das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe gegründet. Das BBK verknüpft alle Bereiche der zivilen Sicherheitsvorsorge zu einem wirksamen Schutzsystem für die Bevölkerung und ihre Lebensgrundlagen („Bevölkerungsschutz“) und unterstützt mit Ausstattung und Expertise die Länder bei Großschadenslagen („Katastrophenhilfe“).Die großen Entscheidungen im Bevölkerungsschutz sind damit gefallen. Die „Neue Strategie“ ist – letzter wesentlicher Schritt war das neue Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes im Jahr 2009 – im Wesentlichen umgesetzt, auch wenn noch einige Punkte abzuarbeiten sind, so die bundesweite Risikoanalyse.“* (Norbert Seitz, aus: Schriften zur Zukunft der Öffentlichen Sicherheit, Das Undenkbare denken, Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit, 2012, ab Seite 36)

Ebenso ist lange bekannt, dass bei Großschadenlagen wie einer Pandemie systemische Zusammenhänge zu beachten sind.

> *„Wollte man versuchen Risiken und Gefahren für unsere Gesellschaft zusammenzutragen, würde man eine Liste ganz unterschiedlicher Phänomene zusammenstellen können, wie bereits vielfach geschehen: Ausfall kritischer*

Infrastrukturen, Naturgefahren, ***Pandemien*** *sowie Terrorismus und (Cyber-) Kriminalität. Die Aufzählung ließe sich problemlos erweitern. Entscheidend ist jedoch, dass die benannten Gefahren und Risiken etwas gemeinsam haben:* ***Sie haben systemischen Charakter.*** *Nach Renn et al. beziehen sich systemische Risiken auf* ***„hochgradig vernetzte Problemzusammenhänge, mit schwer abschätzbaren Breiten- und Langzeitwirkungen, deren Beschreibung, Kategorisierung und Bewältigung mit erheblichen Wissens- und Bewertungsproblemen verbunden sind2****“ [zitiert nach Renn, Ortwin/Schweizer, Pia J./Dreyer, Marion/Klinke, Andreas 2007: Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit Risiko, München:176]“* (Marie-Luise Beck und Dr. Lars Gerhold, FOES, Komplexität, Unsicherheit und Ambiguität – vom mühsamen Umgang mit systemischen Risiken, aus: Schriften zur Zukunft der Öffentlichen Sicherheit, Das Undenkbare denken, Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit, 2012, Seite 32)

Die Wechselwirkungen von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes mit anderen gesellschaftlichen Bereichen, waren anschaulich in der letzten weltweiten Krisensituation (Finanzkrise 2009) deutlich geworden. An dieser Erkenntnis hätte das Krisenmanagement in der Coronakrise stärker ausrichtet werden können und müssen.

„(…) Beispiel ist die derzeitige Finanzkrise, die als US-Immobilienkrise startete, auf den Bankensektor übersprang, sich zur Staatenkrise entwickelte und derzeit wieder die Banken in Bedrängnis zu bringen scheint. Als weitere ***Nebenfolgen*** *wird der* ***Vertrauensverlust der Bevölkerung*** *in das Finanz- und Wirtschaftssystem sowie ein* ***Legitimitätsverlust der Demokratie*** *in den Medien diskutiert.“ (Marie-Luise Beck und Dr. Lars Gerhold, FOES, ebd., Seite 32)*

Das Krisenmanagement 2020 hat diese Wechselwirkungen nicht systematisch miterfasst und in ihrer Wirkung nicht gegengerechnet. Durch diese arbeitstechnische Fehlleistung war es nicht möglich, rechtzeitig zu erkennen, wann die Kollateralschäden die beabsichtigte Wirkung überkompensieren würden.

Das BMI, das eine Grundsatzzuständigkeit für den Schutz Kritischer Infrastrukturen hat, und diese auf ihrer Website umfassend bewirbt (siehe Screenshot in Anlage 2), hätte die Eigenartigen von Kritischen Infrastrukturen bedenken und aktiv Überlegungen dazu in das Krisenmanagement einbeziehen müssen.

„(…) Ursache-Wirkungs- Bezüge, die in ihren Verästelungen kaum bekannt, geschweige denn beherrschbar sind. Ein Beispiel sind die ***Interdependenzen von Kritischen Infrastrukturen und ihre kaskadierenden Effekte bei Störungen****, aber auch* ***Infektionserkrankungen, bei denen es keinen eindeutigen Dosis-Wirkungs-Zusammenhang*** *gibt und wo durch unterschiedliche Inkubationszeiten die Ursache (Ansteckung) und Auswirkung (Erkrankung) zeitlich extrem auseinander liegen kann.“* (Marie-Luise Beck und Dr. Lars Gerhold, FOES, ebd., Seite 33)

In einer Krise auf Vorgaben der EU zu warten erscheint wenig hilfreich, da dort in der Regel ein Minimalkonsens zustande kommt, der unter manchen wichtigen deutschen Standards zu liegen droht. Dass die europäischen Schutzmaßnahmen zu KRITIS nicht ausreichen, stellte im Übrigen der frühere Bundesinnenminister de Maizière 2015 in einer Rede heraus.

„Auch beim Schutz kritischer Infrastrukturen, also der für unsere Gesellschaft so bedeutsamen Einrichtungen wie Strom-, Wasser- und Energieversorgung, das Funktionieren der Bankensysteme, der Versicherungssysteme, besteht auch in Europa Handlungsbedarf." (Bundesinnenminister Dr. Thomas de Maizière auf dem Forum International de la Cybersécurité am 20. Januar 2015 in Berlin)

In seiner Zeit als Bundesinnenminister erteilte de Maizière seinem Haus bereits 2015 den Auftrag, die nationale Strategie zum Schutz Kritischer Infrastrukturen weiter zu entwickeln und er gab einen konzeptionellen Rahmen dafür vor. Seitdem wurde dieses Thema stiefmütterlich behandelt. Das Vorhaben ist trotz jahrelanger Arbeiten immer noch weit von einem Ergebnis entfernt. Der Grund liegt – nach meiner Erkenntnis als erster Leiter dieses Projekts - in vielfachen administrativen Ungeschicklichkeiten und Fehlleistungen des eigenen Hauses (bei Bedarf, gerne ausführlicher). Die Auswirkungen zeigen sich heute: Die erneuerte KRITIS-Strategie sollte nach dem Willen des damaligen Bundesministers als erstes Element eines neuen KRITIS-Pakets Impulsgeber und Auftakt für ein KRITIS-Regierungsprogramm mit weitergehenden Maßnahmen zum Schutz Kritischer Infrastrukturen bilden, um die Resilienz unserer Gesellschaft nachhaltig zu verbessern. Dadurch, dass in den fünf Jahren seit Auslösen des Arbeitsauftrags noch nicht einmal ein symbolisches Strategiepapier erstellt werden konnte, kam auch der weitergehende Prozess nicht in Gange. Die Resilienz wurde nicht wie vorgesehen verbessert. Ich komme später darauf zurück.

3. Auswertungen früherer Übungen

Wie funktionieren Krisen-Übungen?

Die Auswertung von Übungen offenbaren regelmäßig schwerwiegende Defizite in den Vorgaben und auch Fehler von an der Übung Beteiligten. Diese Defizite und Fehler werden analysiert und aus ihnen werden Hinweise und neue Vorgaben (Verfahren) für den Ernstfall destilliert. Es liegt gewissermaßen in der Natur und in dem Zweck einer Übung, dass sie in einem Desaster endet. Wenn das nicht geschieht, war die Übung zu einfach, dann lernt man nichts daraus. Lernen aus Fehlern ist der kritische Erfolgsfaktor für das Krisenmanagement.

3.1 Lükex 2007

In der großen Krisen-Übung von Bund und Ländern 2007 (LÜKEX) wurde eine Pandemie geübt. Im Ergebnis wurde genau das beschrieben, was heute eines der großen Probleme der Krisenbewältigung ist. Die ressortübergreifende Risikobetrachtung war mangelhaft. Die

gleichen Defizite bestehen noch heute, es wurde aus der Übung nichts gelernt. Das führt heute dazu, dass immer noch das gesundheitliche Risiko Gegenstand des einen Krisenstabs ist, der mit seinen Maßnahmen zusätzliche Gefahren schafft, die so groß werden, dass weitere Krisenstäben gebildet werden müssen, die nunmehr parallel agieren. Weder die Risikoanalyse noch die Maßnahmenplanung werden zusammengeführt.

Zitat:	„Eine ganzheitliche und ressortübergreifende **Risikobetrachtung** ist nur ansatzweise festzustellen. Vor diesem Hintergrund ergeben sich Defizite in der genauen Identifizierung, der korrekten Bewertung, der entsprechenden Behandlung und der Beobachtung der Risiken, die eine angemessene Ressourcenplanung erschweren.*“*
Quelle:	2007 Auswertungsbericht über die LÜKEX 2007 (Pandemie-Szenario), Seite 22 unten ??

Außerdem werden die Risiken der Gesundheitskrise als die schwerwiegenderen angesehen und zu den entscheidungsleitenden gemacht, obwohl gar kein Vergleich stattgefunden hat.

Ein extrem schwerwiegendes Defizit und zugleich massiver handwerklicher Mangel eines Krisenmanagements besteht in der unzureichenden Risikoermittlung durch das Krisenmanagement. Wenn für die Ermittlung der gesundheitlichen Gefahren für unsere Gesellschaft (nicht die einzelnen individuellen Gefahren) punktuelle aktuelle Daten verwendet werden, deren Bedeutung für die Gefahrenqualität sich erst aus einem Abgleich mit anderen, umfassend verfügbaren Daten erschließen (insbesondere die Zahlen zu an einem Virus verstorbenen), so muss dieser Abgleich eingeplant und durchgeführt werden.

Zum Vergleich: Wenn ich die Gefährlichkeit eines starken Regens einschätzen will, muss ich wissen, wie viel Regen ungefährlich ist, bzw. regelmäßig keine Schutzmaßnahmen erfordert, und ich werde ermitteln, um wie viel dieses Level voraussichtlich überstiegen werden wird. Auch durch normalen Regen entstehen regelmäßig Schäden. Ob vor einem stärkeren Regen zu warnen ist, weil deutlich mehr Schaden entstehen wird, oder ob zur Abwehr der zusätzlichen Schäden sogar massive Schutzmaßnahmen nötig sind, hängt davon ab, um wie viel Wasser der erwartete Starkregen über der durchschnittlichen Regenmenge liegt und in welchen (gesellschaftlichen) Bereichen sich dieses mehr an Regenwasser in welcher Weise auswirkt.

Das bedeutet: Erst wenn ich weiß, ob und wie viele über der durchschnittlichen Menge an Todesfällen liegende Todesfälle durch einen Virus ausgelöst werden, und wenn ich weiß, welche funktionalen Bereiche der Gesellschaft voraussichtlich betroffen sein werden/können, kann ich angemessene und verhältnismäßige Maßnahmen konzipieren, um der Pflicht des Katastrophenschutzes nachzukommen, große nationale Gefahren von unserer Gesellschaft abzuwenden.

Ob einem Krisenmanagement, das dies versäumt hat, zur Last gelegt werden kann, dass es falsche (unangemessene, unwirksame, unnötigen Schaden auslösende) Entscheidungen getroffen hat, lässt sich schwer mit hundertprozentiger Sicherheit sagen – aber leider mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit. Mit Sicherheit kann jedoch gesagt werden, dass Schutzmaßnahmen beschlossen wurden, ohne die Gefahr auch nur so gut zu kennen und so einschätzen zu können, wie es möglich gewesen wäre, wenn es eine sachgerechte Risikoanalyse gegeben hätte. Die Wahrscheinlichkeit, durch den Verzicht auf umfassende Vergleiche und vollständige Risikoanalyse zu falschen Maßnahmen zu gelangen, geht gegen 100 Prozent. Es wäre reiner Zufall, wenn die ergriffenen Maßnahmen weder zu stark noch zu schwach wären, sondern ganz genau die richtigen. Krisenmanagement droht in einer derartigen Krise zu etwas zu werden, was es nicht sein sollte: ein überwiegend spekulatives Geschäft mit dem Schicksal unseres Gemeinwesens und unserer Bevölkerung.

3.2 Auswertung der Risikoanalyse aus 2012 und Bezüge zur aktuellen Krise

Der Bund hat den gesetzlichen Auftrag zur Durchführung von Risikoanalysen im Bereich des Bevölkerungsschutzes – nach § 18 Absatz 1 Satz 1 des Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetzes des Bundes (ZSKG). In diesem Rahmen wurde 2012, fachlich federführend durch das BBK, aber unter Einbeziehung aller einschlägigen Bundesressorts und ihrer Geschäftsbereichsbehörden, eine Risikoanalyse erarbeitet, die seither allen Bundes- und Landesbehörden zur Verfügung steht. Der simulierte Pandemieverlauf wurde vom RKI beigesteuert.

Der Kontrast zwischen der gegenwärtigen Krise und dem Schreckens-Szenario der Risikoanalyse könnte kaum größer sein (BT-Drucksache 17/12051 vom 03. 01. 2013, Unterrichtung durch die Bundesregierung, Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012).

Die Gefahren und Auswirkungen, die generell von Schutzmaßnahmen ausgehen, wurden zwar auch in der Risikoanalyse benannt. Es wurde davon ausgegangen, dass irgendjemand die richtigen Zahlen liefert. So wie heute.

Nachdem wir 2020 erfahren, dass Schutzmaßnahmen gegen eine sehr viel harmlosere Pandemie bereits härtere Kollateralschäden erzeugen können, erscheint das damals zu Übungszwecken konstruierte Szenario in manchen Punkten unrealistisch. Bei einer derartig schweren Pandemie, wie in dem Übungsszenario des BBK, würde man nach dem heutigen Erfahrungsstand sehr viel negativere und desaströsere Auswirkungen auf unserer Gesellschaft und für die Bevölkerung veranschlagen. An manchen Punkten wird das besonders deutlich und wirft ein Licht auf das aktuelle Krisengeschehen:

- Bei einer wirklich schweren Pandemie mit Millionen Toten (wie in der Risikoanalyse 2012) wäre es nicht mehr nötig, eine Ausgehsperre zu verhängen. Die Menschen würden von sich aus nicht mehr aus ihrem Haus gehen, wenn um sie herum gestorben wird und jeder falsche Kontakt den Tod innerhalb weniger Tage bedeuten kann.
- Andererseits würde sich bei einer gefährlichen und gesundheitlich unmittelbar folgenschweren Pandemie auch keiner mehr an solche Vorgaben halten, der anderes vorhat. Und der Staat wäre gar nicht mehr in der Lage, Ausgangssperren flächendeckend durchzusetzen, so wie es 2020 noch fast problemlos möglich ist – u.a. durch höfliche Politessen, die mit erhobenem Zeigefinger Knöllchen verteilen und versuchen, dabei einen ernsthaften Eindruck zu machen. Der Staat hätte in einer gefährlichen Virus-Pandemie mit den verbliebenen Kräften wichtigeres zu tun.
- Auch von der Arbeit müsste man niemanden abhalten, es würde keiner mehr hingehen, wenn dort möglicherweise der sichere Tod auf ihn wartete. Wer gebraucht wird, etwa weil er für den Betrieb einer Kritischen Infrastruktur benötigt wird, müsste von der Polizei abgeholt werden, weil er sich von seinen Lieben nicht entfernen will.
- Die Polizei und Militär wären ebenso ausgedünnt, die Sicherheit und Ordnung könnte nicht mehr gewährleistet werden, Kriminalität würde überhandnehmen und, und, und. Eine Pandemie mit 7,5 Mio. Toten würde unsere Gesellschaftsformation und staatliche Ordnung kaum überstehen und unsere Zivilisation möglicherweise auch nicht, wenn die Kritischen Infrastrukturen zusammenbrächen.
- In dem 2012er Szenario wurde zur Vereinfachung eine gleichmäßige Betroffenheit aller Altersgruppen konstruiert, obwohl die Altersgruppe über 65 Jahren bei bisherigen Coronaviren deutlich überproportional erkranken und sterben. (*„Für das Modellieren der Zahlen an Erkrankten und Betroffenen im Szenario gehen wir davon aus, dass alle Altersgruppen gleich betroffen sind.“*) – Die wahrscheinlichere Variante ist auch bei der sars-Variante Covid-19 zum Zuge gekommen. Mit der wesentlichen Konsequenz, dass 2020 die berufstätige Bevölkerung, die für die gesamte gesellschaftliche Arbeit und alle Wertschöpfungsprozesse benötigt wird, so gut wie nicht betroffen ist – jedenfalls nicht vordergründig gesundheitlich. In dem Szenario der Risikoanalyse hätte die breitere Altersverteilung von Todesopfern zu noch schwereren Auswirkungen auf alle gesellschaftlichen Bereiche führen müssen, mit dem Zusammenbrechen zumindest von Teilen der Kritischen Infrastrukturen und der Unmöglichkeit, nach überstandener Pandemie eine schnelle Regenerationsphase realisieren zu können. Für letzteres ist unübersehbar das reaktionsschnelle Fallenlassen aller Restriktionen und Schutzmaßnahmen der kritische Erfolgsfaktor.
- In einer echten Krise käme wohl auch niemand auf die Idee, beim Bundesverfassungsgericht einklagen zu wollen, dass er in dieser Lage eine politische Demonstration durchführen darf. Eine Meldung in der Zeitung wäre das jedenfalls nicht wert.

Eine wichtige Erkenntnis aus der Risikoanalyse 2012, dürfte sein, dass bei jeglichen Maßnahmen stets mitgedacht werden muss, dass sich die ersten Warnmeldungen als Fehlalarm herausstellen könnten. Denn wirksamen und umfassenden Schutzmaßnahmen wohnt ein gewaltiges eigenes Schadpotential inne (als Kollateralschaden). Dieses Schadpotential entfaltet vor allem bei einem Fehlalarm und Überschätzung der gesundheitlichen Gefahren seine fatale ironische Wirkung.

Rolle der Politik

Die Rolle der Politik kommt nur am Rande vor, nicht als impulsgebende Steuereinheit, wie es sich heute darstellt.

Auf Seite 68 der 2012er Risikoanalyse heißt es im Szenario:

> *„2.6 Behördliche Maßnahmen*
>
> *Neben der Information der Bevölkerung* ***treffen die Behörden, aufbauend auf bestehenden Plänen und den Erfahrungen aus der Vergangenheit, Maßnahmen zur Eindämmung und Bewältigung des Ereignisses****.* ***Krisenstäbe*** *werden zeitnah einberufen und* ***übernehmen die Leitung und Koordination der Maßnahmen****. Die vorausschauende Beurteilung der Lage und die entsprechende Planung der Abwehrmaßnahmen werden unter allen beteiligten Ebenen abgestimmt."*

Die Risikoanalyse thematisiert mögliche Protest aus der Bevölkerung.

> *„Die Suche nach „Schuldigen" und die Frage, ob die Vorbereitungen auf das Ereignis ausreichend waren, dürften noch während der ersten Infektionswelle aufkommen. Ob es zu Rücktrittsforderungen oder sonstigen schweren politischen Auswirkungen kommt, hängt auch vom Krisenmanagement und der Krisenkommunikation der Verantwortlichen ab."* (Seite 80)

Auch in der Coronakrise wird es vermutlich zu Schuldzuweisungen kommen. Die werden sich selbst mit geschickter Öffentlichkeitsarbeit der Regierungen kaum verhindern lassen, selbst wenn versucht wird, die Massenmedien einzubinden. Bisher ist es nicht Ziel staatlicher Öffentlichkeitsarbeit, generell Kritik zu unterdrücken.

Weitere Hinweise auf Gefahren durch Kollateralschäden

Kollateralschäden sind regelmäßig zu erwarten, das muss im Ergebnis der Risikoanalyse das Krisenmanagement von vorne herein beachten. Die Kollateralschäden dieses Szenarios (7,5 Mio. Tote) würden sehr wahrscheinlich zu einem Zusammenbruch im Bereich der Kritischen Infrastrukturen führen.

„Die volkswirtschaftlichen Auswirkungen sind hier nicht konkret abschätzbar, könnten allerdings immens sein. Da im gesamten Ereignisverlauf mindestens 7,5 Millionen Menschen sterben, ist trotz der Altersverteilung der Letalitätsrate mit dem Tod einer Vielzahl von Erwerbstätigen zu rechnen. Sollten z.B. vier Millionen Erwerbstätige versterben, wären dies ca. zehn Prozent aller Erwerbstätigen, dieser Verlust wäre volkswirtschaftlich deutlich spürbar und mit einem hohen Einbruch des Bruttoinlandprodukts verbunden.“ (Seite 78)

Die Kostenbelastungen einer solchen Krise haben Auswirkungen auf die Sozialen Sicherungsysteme. Je länger die Aufhebung von Schutzmaßnahmen verschleppt wird, desto größer wird der Nachteil für den Sozialstaat und den sozialen Frieden ausfallen. Das gilt natürlich für die Coronakrise.

„Mit massiven Kosten für die öffentliche Hand ist zu rechnen, u.a. durch den Verbrauch von medizinischem Material und Arzneimitteln sowie durch die Entwicklung und Beschaffung eines Impfstoffes. Durch den Ausfall von Wirtschaftsleistung sind geringere Steuereinnahmen zu erwarten. Dies führt in Verbindung mit dem Anstieg der Gesundheitskosten voraussichtlich zu einer erheblichen Belastung der Sozialversicherungssysteme, vor allem der gesetzlichen Krankenversicherung.“ (Seite 78)

Die Probleme durch Unterbrechungen von Lieferketten wurden in der Risikoanalyse beschrieben. Und auch, dass die Unterbrechung von Lieferketten zu Kaskadeneffekten führen kann.

„Generell ist zu berücksichtigen, dass Unternehmen die Auswirkungen der Pandemie selbst bei guter Planung und Vorbereitung ggf. nicht mehr kompensieren können (generelle Rationalisierungstendenzen: dünne Personaldecke, Abhängigkeit von Zulieferern, Just-in-Time-Produktionusw.). Dies kann sogar dazu führen, dass weltweit Produktionsketten zum Erliegen kommen.

Mit Blick auf vielfältige internationale Verflechtungen sind auch Versorgungsleistungen aus anderen Ländern für Deutschland von großer Bedeutung. Zahlreiche Güter und Dienste werden weltweit von nur wenigen Schlüsselproduzenten bereitgestellt. Somit könnten Ausfälle im Bereich importierter Güter und Rohstoffe auch in Deutschland zu spürbaren Engpässen und Kaskadeneffekten führen.“ (Seite 79)

Die aufgezeigten Auswirkungen beobachten wir in der Coronakrise schon jetzt, obwohl die Fallzahlen bei weitem niedriger sind. Der Effekt wurde also unterschätzt. Gäbe es zusätzlich Tote in Millionenhöhe, wäre der gesellschaftliche Zusammenbruch kaum mehr abzuwenden.

Davon sind Kritische Infrastrukturen betroffen, wie aktuell die Entwicklung in der Trinkwasserversorgung zeigt (s.u.).

Die Reaktionen der Bevölkerung sind schwer vorauszusehen. Sie können sehr unterschiedlich sein, und können sich bei zeitlicher Dehnung der Auswirkungen auch verändern. Diese Risiken sind umso größer, je länger in der Coronakrise die Schutzmaßnahmen von der Politik erzwungen werden.

> *„Im vorliegenden Szenario wird davon ausgegangen, dass die Mehrheit der Bevölkerung sich solidarisch verhält und versucht, die Auswirkungen des Ereignisses durch gegenseitige Unterstützung und Rücksichtnahme zu verringern. Ähnlich solidarische Verhaltensweisen wurden vielfach bei anderen Extremsituationen beobachtet. Gleichwohl ist es nicht auszuschließen, dass eine zunehmende Verunsicherung und das Gefühl, durch die Behörden und das Gesundheitswesen im Stich gelassen zu werden, aggressives und antisoziales Verhalten fördert.“* (Seite 79)

4. Hat der Staat bisher genug für den Schutz Kritischer Infrastrukturen getan? Und wenn nein, was hindert ihn daran?

Diese Frage ist deshalb von Bedeutung, weil mit Maßnahmen zum Schutz Kritischer Infrastrukturen die Resilienz der KRITIS-Systeme und der Gesellschaft erhöht werden können. Je schlechter die Widerstandskraft ist, desto störungsanfälliger sind kritische Infrastrukturen, und desto eher kann es schon bei graduellen Limitierungen zu Ausfällen kommen. Erste Hinweise enthielt bereits das zweite Kapitel (s.o.).

Zweifellos wurde in den letzten Jahren einen Menge an Aktivitäten entfaltet. Der Entwurf einer Bilanzierung aller Aktivitäten seit Beschluss über die nationale KRITIS-Strategie zeigt das (BBK im Auftrag v. KM4). Da es nicht alleine auf die Qualität der Einzelmaßnahmen ankommt, und die Vergrößerung von Gefahren in der gleichen Zeit gegengerechnet werden müsste, um den Nettoschutzeffekt (Resilienz-Saldo) zu erhalten, befasse ich mich hier vor allem mit der strategischen Perspektive.

Der Schutz Kritischer Infrastrukturen wird auch von den Ländern als vordringliches Ziel anerkannt. Die bisher ergriffenen Maßnahmen reichen nicht aus, auch wenn sinnvolle Schritte gemacht wurden.

> *„Fragen der Versorgung spielen in unserem alltäglichen Leben kaum eine Rolle. In welchem Maße wir auf Strom, Wasser oder etwa Internet angewiesen sind, merken wir erst, wenn die einzelne Versorgungsleistung gestört ist. Die zunehmende Digitalisierung bietet viele Chancen, birgt aber auch Risiken und Gefahren. Deshalb müssen wir die Resistenz unserer kritischen Infrastrukturen erhöhen und auf alle denkbaren ‚Worst-Case-Szenarien‘ vorbereitet sein. Um das hohe Niveau der*

Daseinsvorsorge in Hessen zu sichern, haben wir in den vergangenen Jahren sowohl den Brand- und Katastrophenschutz als auch den Bereich Cyber- und IT-Sicherheit deutlich gestärkt.“ (Peter Beuth, Hessischer Innenminister, auf einer vom Hessischen Innenministerium organisierten Fachkonferenz im Biebricher Schloss zum Thema Kritische Infrastrukturen am 25. November 2019)

Der frühere Bundesinnenminister Friedrich brachte 2011 das **IT-Sicherheitsgesetz** auf den Weg und begründete das mit der notwendigen Verbesserung des Schutzes Kritischer Infrastrukturen.

„Neue Technologien bedeuten neue Chancen, Kollege Bockhahn. Durch das Internet entstehen Produktivitätsfortschritte, aber auch neue Risiken. Das alles baut auf einer unglaublich aufwendigen Technologie auf. Wenn wir diese Technologie und alles, was uns in unserem täglichen Leben Lebensqualität, aber auch Wohlstand bringt – die kritische Infrastruktur, unsere Stromversorgung, die Kommunikation, die Wasserversorgung, die Logistik und das Finanzwesen –, schützen wollen, dann müssen wir die Sicherheitsbehörden, insbesondere das BSI, in die Lage versetzen, all die Möglichkeiten der Abwehr vorzuhalten und mit den technologischen Herausforderungen Schritt zu halten. Das ist teuer, aber es gibt keine Alternative dazu. Wir müssen in der Lage sein, unsere Bevölkerung, unsere Systeme und unsere Daseinsvorsorge zu schützen. Deswegen ist es richtig, das BSI zu stärken.“ (aus: Rede des Bundesministers des Innern, Dr. Hans-Peter Friedrich, zum Haushaltsgesetz 2012 vor dem Deutschen Bundestag am 22. November 2011 in Berlin)

Die Umsetzung zog sich über einige Jahre hin, Minister Friedrich vertrat dies bei jeder Gelegenheit. Mit Bezug zur IT-Sicherheit als Kritische Infrastruktur sagte er 2013: *„(…) Das zeigt, wie wichtig es ist, dass wir unsere Daten, unsere Leitungen, unsere Netze, unsere Infrastruktur widerstandsfähig machen. Darüber rede ich hier seit Monaten.“* (aus: Rede des Bundesministers des Innern, Dr. Hans-Peter Friedrich, in der Debatte zu den Konsequenzen für Deutschland aus der internationalen Internetüberwachung vor dem Deutschen Bundestag am 26. Juni 2013 in Berlin)

Inzwischen gilt das IT-Sicherheitsgesetz als deutsches Vorzeigeobjekt, obwohl es nur begrenzte Verbindlichkeit entfaltet und die Einhaltung von Gesetz und Verordnung schlecht verifiziert werden kann. Als Einstieg war das unverzichtbar und bietet ein guten Fundament. Derzeit wird die zweite, deutlich ambitioniertere Stufe des IT-Sicherheitsgesetzes im BMI vorbereitet.

Im August 2016 wurde das neue **Zivilschutzkonzept** durch Bundesinnenminister de Maiziere in einem Berliner Wasserwerk der Öffentlichkeit vorgestellt, ein Baustein dieses Konzeptes ist die Verbesserung des KRITIS-Schutzes. Dieses event war ursprünglich als rein

fachspezifisches Ereignis geplant gewesen, vehement reagiert hat dann schließlich die allgemeine Presse (insbesondere die Breiten-Publikationen).

> *„Die Bevölkerung wurde aufgefordert, zur Erstversorgung im Krisenfall für fünf Tage zehn Liter Wasser pro Person vorzuhalten sowie einen Vorrat an Lebensmitteln für zehn Tage. Bundesinnenminister Thomas de Maizière (CDU) hat Kritik am neuen Konzept zur Zivilverteidigung zurückgewiesen. (…) Es sei ein umfassendes, lange erarbeitetes Konzept jenseits jeder Panikmache, sagte de Maizière am Mittwoch in Berlin. „Wir alle wünschen uns, dass uns größere Krisen erspart blieben", sagte de Maizière. Doch es sei vernünftig, sich „angemessen und mit kühlem Kopf" auf Krisenszenarien vorzubereiten. (…)*
>
> *Das Konzept ist in den vergangenen Tagen schon heftig diskutiert worden. Unter anderem wird die Bevölkerung aufgefordert, zur Erstversorgung im Krisenfall für fünf Tage zehn Liter Wasser pro Person vorzuhalten sowie einen Vorrat an Lebensmitteln für zehn Tage. Auch Überlegungen zur Wiedereinführung der Wehrpflicht im Krisenfall und Szenarien für Einsätze des Technischen Hilfswerks (THW) sind in dem Papier enthalten. So heißt es etwa: „Im Falle einer Beendigung der Aussetzung des Vollzugs der Wehrpflicht entsteht Unterstützungsbedarf der Bundeswehr bei Heranziehungsorganisation und Unterbringungsinfrastruktur."* (aus: BZ Berlin vom 24.8.2016, De Maizière weist Kritik an umstrittenem Konzept zum Zivilschutz zurück, https://www.bz-berlin.de/berlin/reinickendorf/de-maiziere-stellt-umstrittenes-konzept-zum-zivilschutz-in-berlin-vor)

Selbst die örtlichen Anzeigenblätter interpretierten und skandalisierten die Aussagen des Ministers als indirekten Aufruf zu **Hamsterkäufen**.

> *„Bundesinnenminister Thomas de Maizière (CDU) hat am 24. August im Wasserwerk Tegel das zuvor im Bundeskabinett beschlossene Konzept Zivile Verteidigung vorgestellt. Der Presseauflauf ist enorm. Dreizehn Kameras sind auf das Podium gerichtet, noch mehr schreibende Journalisten verteilen sich auf die Sitzreihen, drum herum tummeln sich die Fotografen. Die meisten sind gern in der Sommerpause aus dem Regierungsviertel an den Tegeler See gekommen, doch das Wasserwerk interessiert die meisten dann nur am Rande.*
>
> *Wie könne es sein, dass kurz nach Terroranschlägen und Münchner Amoklauf die Bundesregierung die Bevölkerung indirekt zu Hamsterkäufen aufrufe? Diesen Tenor hat so manche Frage, und ähnlich gleich bleiben die Antworten des Ministers. Man müsse Pläne für den Katastrophenschutz ab und zu anpassen, und genau dies hätten die Bundesministerien getan, unabhängig von aktuellen Ereignissen.*
>
> *Dass jeder Haushalt in der Lage sein sollte, sich ein paar Tage selbst zu versorgen, sei doch selbstverständlich, sagt der Minister unter Verweis auf seinen eigenen „vollgestellten Keller", in den er aber keinen Journalisten hineinlassen möchte."* (aus:

> Besuch im Wasserwerk: Thomas de Maizière bei „kritischer Infrastruktur“ Christian Schindler, aus Reinickendorf, 26. August 2016, 00:00 Uhr, https://www.berliner-woche.de/tegel/c-politik/besuch-im-wasserwerk-thomas-de-maizire-bei-kritischer-infrastruktur_a107515)

In Fachkreisen gilt der Begriff „Hamsterkäufe“ inzwischen als geflügeltes Wort. Wer sich dieses Vorwurfs bedient, kann jedes vernünftige Projekt zum Scheitern bringen. Aus Sicht der Experten in den Ministerialapparaten von Bund und Ländern war die Politik (politische Leitung der Ministerien und Regierungszentralen) aufgrund des **„Hamsterkäufe-Effekts“** bisher nicht stark genug, überfällige Aktivitäten und substanzielle Verbesserungen beim Schutz Kritischer Infrastrukturen in Deutschland wirksam voran zu treiben.

Der Bundesinnenminister verteidigte sein Anliegen zwar, war aber politisch in Bedrängnis geraten. Aus dem politischen Feld heraus wurde dieser Effekt noch gezielt verstärkt.

> *„Kritik wie jene der SPD, der Zeitpunkt hierfür nach den jüngsten Anschlägen schüre Verunsicherung, ließ der Minister nicht gelten. „Es ist üblich, wenn eine Ressortabstimmung abgeschlossen ist, dass es dann ins Kabinett kommt.”“* (aus: BZ Berlin vom 24.8.2016, ebd.)

Erst dieser verstärkte Effekt führte dazu, dass die Abteilungsleitung KM nach Erörterung der Angelegenheit beim Minister, das Vorhaben mit Samthandschuhen anfasste und die interne Aufforderung erging, möglichst unauffällig unter dem Öffentlichkeitsradar weiter zu arbeiten. Das Vorhaben der Erneuerung der allgemeinen KRITIS-Strategie wurde, im Gegensatz zur IT-Sicherheitsstrategie, vom Ministerial-Apparat in der Priorität drastisch herabgestuft. Das wäre (mit Blick auf den IT-Bereich), nicht zwingend gewesen. Auf die eigentliche Projektarbeit der Erneuerung der KRITIS Strategie hatte die hauspolitische Vorgabe nur begrenzte Auswirkungen. Die durfte und sollte unverändert, aber von der Abteilungsleitung nicht gerade besonders interessiert oder engagiert begleitet, im Fachreferat weiter geführt werden.

Eckpunkte und Entwürfe wurden mehrfach im Hause, im Ressortkreis auf Bundesebene und in Facharbeitsgruppen mit den Ländern abgestimmt. Solche technisch zustande gekommenen Produkte, die nicht von der Abteilungsleitung eng begleitet und mit Zielvorgaben gesteuert werden, haben oftmals geringe Wirksamkeit und Akzeptanz, wenn sie der gleichen Abteilungsleitung schließlich und unvermittelt in der finalen Endfassung vorgelegt werden. In diesem Fall, war das von Vorteil, denn das finale Papier war (aus meiner persönlichen fachlichen Sicht) denkbar ungeeignet. Aufgrund verschiedener Widrigkeiten erfolgte die referatsinterne Projektsteuerung suboptimal und war am Ende auch unwirtschaftlich war.

Die Abteilungsleitung stoppte das mit den Ländern auf Arbeitsebene (AG KOST KRITIS) abgestimmte Papier glücklicherweise aufgrund nachgewiesener schwerwiegender systematischer inhaltlicher Mängel aus eigener Kraft. Allerdings wurden die Länder und das am Projekt prominent beteiligte BBK über die genauen Ablehnungsgründe, die in umfassend

aufbereiteter Schriftform vorliegen (seit 2.3.20 auch SV AL KM), bis heute im Unklaren gelassen. Dieser Umstand wird aller Voraussicht nach dazu führen, dass die inzwischen unter Federführung der Länder fortgesetzte Arbeit an einem Neuentwurf der KRITIS-Strategie erneut scheitern wird.

Selbstverständlich ist auch die Entscheidung, die Federführung einer erneuerten Strategie, die ihrem Rang nach (wie bei der noch geltenden Strategie) im Bundeskabinett verabschiedet werden soll, in die Hände der Länder zu legen, nicht unbedingt konstruktiv. Wenn diese Gemengelage nicht grundlegend aufgearbeitet und neu geordnet wird, ist selbst mit einem Neuaufbruch unter dem Eindruck der Coronakrise das Vorhaben einer erneuerten nationalen KRITIS-Strategie – auch mit Perspektive auf das von der Strategie abzuleitende nationale Regierungsprogramm zum Schutz Kritischer Infrastrukturen – bis auf weiteres nicht viel zu erwarten.

5. Was hätte bei der Gefahrenbewertung beachtet werden müssen?

Auf der Basis der vorhergehenden Erkenntnisse wird deutlich, was eine Gefahrenbewertung ausmacht und wofür sie gebraucht wird. In 5.1 wird eine Methode zur Überprüfung der Qualität einer Gefahrenbewertung vorgestellt. Anschließend werden verschiedenen Ansätze von Plausibilitätsprüfungen skizziert.

5.1 Anleitung zur Gefahrenbewertung mit Checkliste

Grundlage jeder Krisenintervention zur Abwehr einer außergewöhnlichen Gefahr ist eine umfassende Erhebung von entscheidungsrelevanten Sachverhalten und eine Bewertung der drohenden Gefahren, die alle für die Ermittlung der Gefahren relevanten Aspekte einbeziehen und den Handlungsbedarf begründen. Prognosen, Szenarien (alternative Projektionen) und Maßnahmen müssen einer Plausibilitätsprüfung unterzogen werden, bevor sie zum Maßstab und Gegenstand von Entscheidungen gemacht werden können.

Um die Einhaltung diese Anforderungen in einer konkreten Lage zu verifizieren, braucht man eine daraus abgeleitete und ergänzte Checkliste.

Falls Maßnahmen der Krisenintervention mehr als nur schwache negative Nebenwirkungen haben, müssen die ursprünglichen Gefahren und die hinzutretenden Gefahren in einer **Multigefahren-Bewertung** erfasst werden um zu vermeiden, dass die Kollateralschäden größer werden, als der abzuwehrende Schaden durch die erste Gefahr.

Eine solche Checkliste gibt es bisher nicht. Sie wurde weder vor, noch nach der Lükex 07 oder der Risikoanalyse von 2012 entwickelt – was ich hiermit nachhole:

Krisenmanagement-Checkliste für die **Teil 1: Einzel-Gefahrenlagen**

Qualitätskontrolle einer Gefahrenbewertung

und der dafür erforderlichen Prozesse

Nr.	Anforderungen / Qualitätskriterien	1. Beurteiler	2. Beurteiler
1	Gegenstand einer Krisenintervention ist die Abwehr von Gefahren, die außerhalb der Krise nicht bestehen.		
2	Um eine Gefahr korrekt einschätzen zu können, sind alle entscheidungsrelevanten Sachverhalte (Daten und Rahmenbedingungen) zu erheben.		
3	Daten und Rahmenbedingungen, die für die Beurteilung einer Gefahr irrelevant sind, dürfen in eine Gefahrenbewertung nicht einfließen – sie können das Ergebnis der Beurteilung verfälschen und zu falschen Maßnahmen führen.		
4	Erhobene Daten und einbezogenen Rahmenbedingungen müssen gegengescheckt, interpretiert und bewertet werden, um aus ihnen eine Gefahreneinschätzung ableiten zu können.		
5	Nur mit einer korrekten Bewertung (Einschätzung) der Gefahr kann der richtige Handlungsbedarf ermittelt werden (Wirksamkeit der Gefahrenabwehr)		
6	Mindestanforderung für Prognosen und Szenarien, die in die Entscheidungsfindung einfließen sollen, sowie für Maßnahmen die zur Gefahrenabwehr erwogen werden, ist das Bestehen einer Plausibilitätsprüfung.		
7	Belastende Schutzmaßnahmen sind nur vertretbar, solange ihre positive Wirkung eindeutig größer ist, als ihre negativen Nebenwirkungen (Kollateralschäden).		
8	Jede Bewertung kann nur so gut sein, wie Umfang und Qualität der verfügbaren Daten und einbezogenen Aspekte es hergeben.		
	Kriterium erfüllt: ✓ Kriterium nicht oder unvollständig erfüllt: ✗		

Krisenmanagement-Checkliste für die **Teil 2: Ergänzungen für Multi-Gefahrenlagen**

Qualitätskontrolle einer Gefahrenbewertung

und der dafür erforderlichen Prozesse

Nr.	Anforderungen / Qualitätskriterien	1. Beurteiler	2. Beurteiler
9	Für während einer Gefährdungslage hinzutretende weitere Gefahren und für Gefahren durch (mehr als leichte) Kollateralschäden werden nach den gleichen Vorgaben (siehe Teil 1) eigene Gefahrenanalysen durchgeführt.		
10	Nur mit einer vollständigen Multi-Gefahrenbewertung kann das Gesamt-Gefahrenpotential einer Lage erkannt werden.		
11	Wirkungen jeglicher Krisenintervention und durch sie zu erwartende Kollateralschäden sind regelmäßig miteinander abzugleichen, um in die Lage zu kommen, den potentiellen Gesamtschaden zu erfassen und die Maßnahmen so auszurichten, dass der gesellschaftliche Gesamtschaden so gering wie möglich gehalten wird.		
	Kriterium erfüllt: ✓ Kriterium nicht oder unvollständig erfüllt: ✗		

5.2 Wie hätte eine Gefahreneinschätzung (gesundheitliche Gefahren) nach Plausibilität ausgesehen?

Wir gehen von der **ersten Gefährdungslage**, den **gesundheitlichen Gefährdungen** unserer Gesellschaft durch den neuen Virus, aus. Wir nähern uns dem Problem über eine funktionale Analyse und gleichen diese später mit den bestehenden oder kurzfristig geschaffenen rechtlichen Rahmenbedingungen ab. Der Grund für dieses Vorgehen liegt auf der Hand: Hauptgegenstand dieses Berichts sind die Auswirkungen auf die Kritischen Infrastrukturen in Deutschland, die dem Krisenmanagement zugearbeitet werden sollen, nicht die Rechtskonformität des Krisenmanagements. Das wäre jedoch ein Nebennutzen des zweiten Schwerpunktes, der darin besteht, den Rechtsrahmen auf Plausibilität und Geeignetheit zu überprüfen. Denn was nützen die schönsten Gesetze, wenn sie in der Praxis nicht optimal dazu beitragen können, eine Krise zu bewältigen oder wenn sie sogar kontraproduktiv auf die Krisenbewältigung wirken.

Grundlage jedes Krisenmanagements ist die **Bewertung der Gefahr** (s.o.), das Einschätzen möglicher Schäden.

Im Falle einer Pandemie geht es darum, die möglichen Schäden für unsere Gesellschaft durch eine lebensgefährliche Erkrankung bis hin zum Versterben der Infizierten / Erkrankten abzuschätzen. Da weltweit keine ausreichenden Vorerfahrungen bestanden und diese aufgrund unterschiedliche Rahmenbedingungen in den verschiedenen Staaten auch nur eingeschränkt verwertbar sind, musste diese Einschätzung auf der Basis des Infektions-, Erkrankungs- und Sterbegeschehens in Deutschland selbst vorgenommen werden. Zur quantitativen Beurteilung mussten Daten erhoben, bzw. aus bestehende Datenpools abgerufen werden. Wichtigste Orientierungsgröße ist dabei das Ausmaß, des bisher eingetretenen Schadens und seine Dynamik.

Der Schaden, den eine Erkrankung auslösen kann, besteht üblicherweise in lebensqualitätssenkenden Folgeschäden und dem Tod. Diese beiden Größen mussten also erhoben und im Kontext bewertet werden. Der Kontext besteht im Wesentlichen aus:

a) Auch ohne Pandemie bestehen erhebliche Risiken, zu Tode zu kommen. Die Wahrscheinlichkeit zu sterben liegt für jeden Menschen gleichermaßen bei exakt 100 Prozent.

b) In einer Pandemie will sich eine Gesellschaft mit gesonderten Schutzmaßnahmen vor zusätzlichen Risiken absichern, insbesondere vor einem vorzeitigen Tod, der durch das pandemische Virus ausgelöst werden könnte.

Der sicherste Indikator für die Gefährlichkeit eines neuen Virus bietet die rückblickende Sterbestatistik für das Pandemiejahr (und ggf. die Folgejahre). Die Gefährlichkeit des Virus war für die Gesellschaft umso stärker, je mehr die Zahl von Sterbefällen während der Pandemie von den durchschnittlichen Werten der Vorjahre nach oben abweicht. – Wenn es rückblickend sehr viel mehr Sterbefälle in dem betrachteten Zeitintervall gab, war das Virus sehr gefährlich. Wenn hingegen die Sterbezahlen im Bereich der durchschnittlichen Schwankungsbreite lagen, hat real für die Gesellschaft keine Gefahr bestanden.

Die Sterbestatistik, aus der wir die Gefährlichkeit ablesen könnten, steht uns erst in einigen Jahren zur Verfügung. Das hat zwei Konsequenzen:

1. Selbst die alten Statistiken der vergangenen Jahre sind eine wichtige Ressource, die für eine Gefahrenabschätzung unersetzlich sind. Da wir die Sterbestatistik für 2020 heute noch nicht haben, müssen wir uns praktikabler Hilfsindikatoren bedienen. Um die voraussichtlichen Auswirkungen auf die detailliert differenzierte Sterbestatistik wenigstens für die kurz zurückliegende Zeit der letzten Tage und Wochen zu ermitteln, müssen wir die tagesaktuellen Sterbefälle, und zwar nicht nur die aus dem unmittelbaren Corona-Kontext, von den Vergleichszahlen für das normale (durchschnittliche) Sterbegeschehen in Deutschland, abziehen und mit den Auswirkungen der allfälligen periodischen Virusinfektionen (+ ggf. anderen Krankheitswellen) vergleichen.

2. Dass die Sterbestatistik für 2020 mit zeitlichem Versatz von wenigen Jahren jedermann verfügbar sein wird, macht Zweckmäßigkeit und Angemessenheit aller von der Regierung ergriffenen Maßnahmen nachträglich vollständig überprüfbar und bewertbar. Alle Nachteile, die durch falsche oder unangemessene Schutzmaßnahmen (entweder zu viele oder zu wenige) bis dahin eingetreten sein werden, werden dann den Stellen und Personen angelastet, die in diesen Wochen und Monaten über die laufenden Maßnahmen entschieden haben und weiterhin entscheiden werden. Das kann in der Konsequenz u.a. zu Schadenersatzansprüchen führen, die glücklicherweise nur dann zum Tragen kommen können, wenn das Verhalten des Krisenmanagements und alle Entscheidungsprozesse aus heutiger Sicht zumindest einer einfachen Plausibilitätsprüfung standgehalten haben, bzw. wenn eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung überhaupt unternommen wurde.

Eine Plausibilitätsprüfung empfiehlt sich natürlich nicht nur aus haftungsrechtlichen Gründen, sondern auch, weil alle am Krisenmanagement beteiligten sicherlich eine bestmögliche Arbeit machen, sowie Schäden und Nachteile von unserem Land abwehren wollen.

Stark eingreifende staatliche Schutzmaßnahmen sind nur dann der Bevölkerung zumutbar und rational geboten, wenn sie unserer Gesellschaft (nicht dem Einzelnen) einen deutlichen Vorteil gegenüber dem Nichthandeln des Staates bieten können. Auch dies muss also vor dem Einleiten der Maßnahmen, und auch noch laufend die Maßnahmen begleitend, gegengeprüft werden.

Es ist aus mehreren Gründen wichtig, dass das heutige Agieren des Krisenmanagements und der politischen Entscheider eine angemessene Plausibilität aufweist. Denn wäre schon die Plausibilität nicht gegeben, müsste schlimmstenfalls mit folgenden Konsequenzen gerechnet werden:

1. Das Krisenmanagement und die politischen Entscheider könnten einen gigantischen <u>vermeidbaren</u> Schaden für unsere Gesellschaft anrichten, der das Potential des Coranavirus bei weitem übertreffen und unvorstellbares Leid auslösen kann. Die Stabilität unseres Gemeinwesens und der Bestand unserer staatlichen Ordnung können gefährdet sein.
2. Es drohen dem Staat hohe Schadenersatzforderungen wegen offenkundiger Fehlentscheidungen.

Das bedeutet, dass folgende Todesfälle bei der Beurteilung der Gefährlichkeit eines neuen Virus <u>für unsere Gesellschaft</u> nicht mitzuzählen sind, da sie im Rahmen der normalen Schwankungsbreite des durchschnittlichen Sterbegeschehens liegen:

- Todesfälle, bei denen zwar eine Infektion mit dem neuartigen Virus nachgewiesen werden kann, die Erkrankung an ihm aber nicht die Todesursache war
- Menschen, bei denen der Tod kurz bevorstand, und die beim Hinzukommen jeglicher alltäglicher Belastungen oder zusätzlicher Erkrankungen (z.B. grippaler Infekt,

Lungenentzündung, …) nur noch palliativ medizinisch behandelt worden wären (Sterbebegleitung).

Erst die dann gewonnene, bereinigte Zahl an zusätzlich eingetretenen Todesfällen, ist Grundlage für die Einschätzung der Gefährlichkeit eines Viruses und die Planung von gesonderten Schutzmaßnahmen des Staates.

Zur Gefährdungsanalyse und zur Planung von Schutzmaßnahmen gehören weiterhin, dass die negativen Auswirkungen der Maßnahmen stets systematisch mit erfasst werden und die Effekt laufend miteinander abgeglichen und saldiert werden müssen, um jederzeit gegen die größte Gefahr kämpfen zu können.

Maßnahmen müssen konsistent sein, sie dürfen sich in ihrer Wirkung nicht gegenseitig nivellieren oder überkompensieren.

5.3 Plausibilitätsprüfung für die Gefährdung durch den Corona-Virus mittels Gegenüberstellung von Todesursachen

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS ermöglicht es für jedermann, Statistiken über das Sterbegeschehen zusammen zu stellen (http://www.gbe-bund.de/glossar/Todesursachenstatistik.html).

Hier habe ich eine Tabelle der 20 häufigsten Todesursachen modifiziert, um auf wöchentlicher Basis für ganz Deutschland einen Vergleich zwischen dem durchschnittlichen und dem aktuellen Sterbegeschehen vornehmen zu können. Dies habe ich für die erste Woche des Lockouts (23.-29.3.) und die letzte vollständige Woche (13.-19.4.), in der die Entscheidungen getroffen wurden, die Maßnahmen nur partiell zurück zu nehmen. Die Zahlen für Todesfälle stammen aus Wikipedia (https://de.wikipedia.org/wiki/COVID-19-Pandemie_in_Deutschland, abgerufen am 23.4.20). Die vier Krankheiten, die ein vergleichbares Symptomspektrum aufweisen wie Covid-19, habe ich zusätzlich zusammen gerechnet (blau). Was noch fehlt, um eine sinnvolle Aussage machen zu können, sind die aktuellen Sterbezahlen für die anderen 20 Krankheiten. Selbstverständlich zählt immer die originäre Todesursache. Diese grobe Übersicht müsste nach Altersgruppen verfeinert werden.

Die Gefährlichkeit steigt, je mehr die durchschnittlichen Sterbezahlen übertroffen wird. Es muss also zusätzlich die Dynamik der Ausbreitung berücksichtigt werden. Wird sie gar nicht übertroffen, besteht überhaupt keine besondere Gefahr für unsere Gesellschaft.

Es gibt weitere Todesursachen, die über die individuelle Bedeutung hinaus auch eine gesellschaftliche haben, was sich auch im Sterbegeschehen manifestiert. Die Zahl der Suizide liegt bei ca. 9.000 jährlich in DEU. Um wie viel steigt diese Rate durch die Krise? Steigt sie durch die medizinische Bedrohung (den Virus), oder steigt sie wegen der negativen

Auswirkungen der Schutzmaßnahmen (Depressionen, Psychosen, …)? Noch größere Dimensionen nehmen Todesfälle durch Alkohol (77.000 Tote jährlich) und Tabak (110.000 Tote) an. Interessant sind diese beiden Beispiele, weil sie durchkommerzialisiert sind und gewichtige ökonomische, individuelle und gesellschaftliche Interessen miteinander konkurrieren. Im Mittelpunkt steht der freiwilligen „Genuss" (daher auch nur bedingt vergleichbar mit den Risiken einer Virusinfektion. Aber in der Konsequenz geht es auch dabei um Leben und Tod und wie sich eine Gesellschaft in Form von rechtlichen Vorgaben oder ethischen Orientierungen zu dem Phänomen stellt, oder ob sie indifferent bleiben könnte. In Anlage 3 werden nur beispielhaft einige gesellschaftliche Rahmenbedingungen für Alkohol und Tabak zusammengefasst (Marktvolumen, Gesundheitskosten, Steuereinnahmen). Die Sterbestatistik wird Rückschlüsse darauf zulassen, wie sich die Coronakrise auf das Sterbegeschehen durch Drogen und anderen Substanzen ausgewirkt haben wird.

Sterbefälle für die 20 häufigsten Todesursachen absolut.

Diese Tabelle bezieht sich auf:
Jahr: 2017, **Region:** Deutschland, **Alter:** alle Altersgruppen, **Geschlecht:** Insgesamt, **TOP:** 20, **Art der Standardisierung:** Standardbevölkerung "Deutschland 2011" Info

ICD10	Jahresdurchschnitt (2017)		Wochen-durchschnitt (2017)	Woche vom 23.-29. März 2020	Woche vom 13.-19. April 2020
	Altersstan-dardisierte Sterbeziffer	Sterbefälle	Sterbefälle	Sterbefälle	Sterbefälle
Covid-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)	0	0	0	334	1.621
Alle angezeigten ICD-Positionen	545,9	504.223	9.697	?	?
Alle ICD-Positionen	1.017,3	932.272	17.928	?	?
Summe ähnlicher Vergleichsdiagnosen		114.310	2.198	?	?

und unbekannte Diagnose					
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	81,6	76.929	1.479	?	?
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	52,2	45.031	866	?	?
I21 Akuter Myokardinfarkt	51,6	46.966	903	?	?
F03 Nicht näher bezeichnete Demenz	40,4	39.459	759	?	?
I50 Herzinsuffizienz	39,5	38.187	734	?	?
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	35,9	32.104	617	?	?
I11 Hypertensive Herzkrankheit	25,1	24.552	472	?	?
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	21,8	20.982	404	?	?
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	21,0	18.588	357	?	?
R99 Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen	20,7	18.062	347	?	?

C25 Bösartige Neubildung des Pankreas	20,5	18.005	346	?	?
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	20,2	19.113	368	?	?
C18 Bösartige Neubildung des Kolons	17,5	15.715	302	?	?
E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	16,1	14.925	287	?	?
I63 Hirninfarkt	16,0	14.864	286	?	?
C61 Bösartige Neubildung der Prostata	X	X	X	?	?
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	13,2	12.587	242	?	?
I69 Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	13,1	12.271	236	?	?
G20 Primäres Parkinson-Syndrom	11,9	11.050	213	?	?
C80 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	11,8	10.515	202	?	?

(unbearbeitetes Original als Quellennachweis: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=52300294&nummer=517&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=43971634)

5.4 Elemente einer Plausibilitätsprüfung für die Auswirkungen einer Wirtschaftskrise auf die Pflege

Die Analyse von **besonders gefährdeten Menschen**, offenbart ein **Profil**: hohes Alter, schwere Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit, erkennbar kurz vor dem Lebensende stehend.

Um den potentiellen Schaden für diese Zielgruppe durch einen starken und länger anhaltenden Konjunkturrückgang überschlagsweise einschätzen zu können, kann beispielhaft die Entwicklung des Gesundheits- und Pflegesystems unserer Gesellschaft einer historischen Betrachtung unterzogen werden.

Unsere Gesellschaft hat über die letzten Jahrzehnte einen hohen Anteil ihrer volkswirtschaftlichen Überschüsse für die Ausweitung eines Systems investiert, mit dem das Leben ihrer Mitglieder erheblich verlängert werden konnte. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung in DEU stieg von 1950 bis heute um 13 bis 14 Jahre. Das ist ein Geschenk, das unsere Gesellschaft der älteren Generation gemacht hat. Es hat sich gleichsam ein geltender Standard herausgebildet, der im Bewusstsein der Bevölkerung zu einem Besitzstand geworden ist, hinter den niemand zurückfallen möchte.

Ein bedeutendes Element ist die Optimierung des **Pflegesektors** über die letzten Dekaden. Es ist schwer einzuschätzen, wie groß der Anteil der gestiegenen Lebenserwartung ist, der auf die aufwendigere Pflege entfällt, aber über die volkswirtschaftlichen Dimensionen des Pflegesektors liegen gute Informationen vor.

Ich habe die Pflegebranche exemplarisch herausgegriffen und die zentrale Daten und Rahmenbedingungen in Anlage 4 aufbereitet.

Zusammenfassende Kurz-Info zu Pflegebranche und Pflegemarkt:

Marktvolumen: heute 50 Mrd. Euro, bis 2030 sollen es 84 Mrd. Euro sein (in einem wachstumsreduzierten Szenario nach Roland Berger: 64 Mrd. Euro in 2030)

Beschäftigte: heute 1,2 Mio. (= 3,6 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten), bis 2030 sollen es 20 % mehr sein

Pflegebedürftige: heute 3,5 Mio. Menschen, in 2030 voraussichtlich 4,1 Mio., in 2050 voraussichtlich 5,3 Mio.

Was geschehen soll, wenn diese Überschüsse irgendwann nicht mehr zur Verfügung stehen oder sogar Defizite auflaufen, wurde nie vereinbart. Aber es liegt auf der Hand: die Ausgaben und Leistungen werden reduziert werden müssen, die Versorgung wird schlechter, die Lebenserwartung wird sinken.

Eine große Wirtschaftskrise, ausgelöst durch die Coronakrise (oder: durch die Fehler im Krisenmanagement der Coronakrise), wird diese Situation noch schneller eintreten lassen, als ohnehin schon zu befürchten war. Die Diskussionen darüber werden in Kürze auf unsere Gesellschaft zukommen. Der Aufwand für Pflege wird künftig viel mehr als heute in scharfe

Konkurrenz geraten zu Investitionen in die Wettbewerbsfähigkeit unserer Volkswirtschaft, die Förderung von wirtschaftlich verwertbaren Innovationen und die Qualifizierung des Humankapitals, das in DEU (bezogen auf den Schüler-Nachwuchs) aufgrund begrenzter natürlicher Qualitäten (im Vergleich zu anderen Weltregionen) ganz besonderer Hege und Pflege bedarf.

In einer weiteren Stufe meiner Plausibilitätsprüfung gelange ich zu weiteren Widersprüchen, die es mir stark erschweren, Prognosen in meinem Verantwortungsbereich, dem Schutz Kritischer Infrastrukturen, anzustellen:

Es werden zwar weitreichende Einschränkungen bezüglich des Kontaktes zwischen den Menschen und deren Freizügigkeit / Bewegungsfreiheit vorgenommen, von diesen werden jedoch so zahlreiche Ausnahmen zugelassen, dass angesichts der offenkundig starken Ansteckbarkeit der Krankheit die beabsichtigte Wirkung der Einschränkungen nicht erzielt werden kann. Gleichwohl bleiben die Einschränkungen, die schwerwiegende negative Auswirkungen auf unsere Gesellschaft haben, weiter in Kraft. Zwar kann ich die Gründe für die Ausnahmeregelungen gut nachvollziehen, komme aber trotzdem nicht umhin festzustellen, dass die eigentliche Regelung dadurch nivelliert wird.

Dem wird ein Entscheidungsprozess vorangegangen sein, bei dem mit Sicherheit auch die grundsätzliche Gefährlichkeit der Infektion berücksichtigt wurde. Wenn die jeweiligen Entscheider von einer hohen Gefährlichkeit und insbesondere von einer leichten Übertragbarkeit ausgegangen wären, hätten sie umfangreiche und zudem schwer überprüfbare Ausnahmen in diesem Umfang nicht zulassen dürfen. Wenn die Entscheider von einer geringen Gefahr ausgegangen wären, hätten sie Einschränkungen insgesamt aufheben müssen, um den Schaden zu begrenzen, der durch die Schutzmaßnahmen entsteht und täglich aufwächst.

5.5 Ansätze einer Plausibilitätsprüfung aus Perspektive der Bevölkerungsentwicklung

Es kann nach drei Schadensklassen und Arten von Schutzgütern zu differenziert werden: nach materiellen Schäden, nach Schäden durch das Sterben von Menschen und Schäden durch den Verlust von Lebens(zeit)erwartung.

Alleine aus dem BMI unmittelbar verfügbaren Ressourcen ist es möglich, Vergleichszahlen zu überschlagen. Als Basis meiner folgenden Einschätzungen dienten die öffentlich zugänglichen Wissensbestände des BiB (Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, dem BMI nachgeordnete Behörde).

Das **<u>zusammenfassende Ergebnis meiner nachfolgenden Analyse</u>**: Eine starke Wirtschafts- und Gesellschaftskrise mit eine negativen Entwicklung des BIP um 8 bis 10 Prozent im ersten Jahr, in der das Wohlstandsniveau längerfristig sinkt, wird nicht nur die Lebensqualität senken, sondern auch die Lebenserwartung der Bevölkerung. Am 24. April 2020 warnte EZB-Präsidentin Christine Lagarde die Staats- und Regierungschefs der EU (https://www.fondsprofessionell.de/news/zahl-tweet-des-tages/headline/zahl-des-tages-15-prozent-197155/) vor einem Einbruch um bis zu 15 Prozent. Wie stark die Effekt sein wird, und somit die Größe/Bedeutung der Gefahr, die von ihm für die Bevölkerung ausgeht, kann nur geschätzt werden - wie auch bei der Erhebung der Gesundheitsgefahren durch den Coronavirus. Als Kriterium für eine quantitative Schätzung habe ich die Steigung der Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten in Korrelation mit der Wohlstandsentwicklung heran gezogen. **Demnach könnte befürchtet werden, dass durch die bereits bis heute aufgelaufenen Regierungsmaßnahmen in der Coronakrise potentielle Lebenszeit im Umfang von bis zu mehreren Millionen Lebensjahren der Bevölkerung Deutschlands vernichtet wurde.**

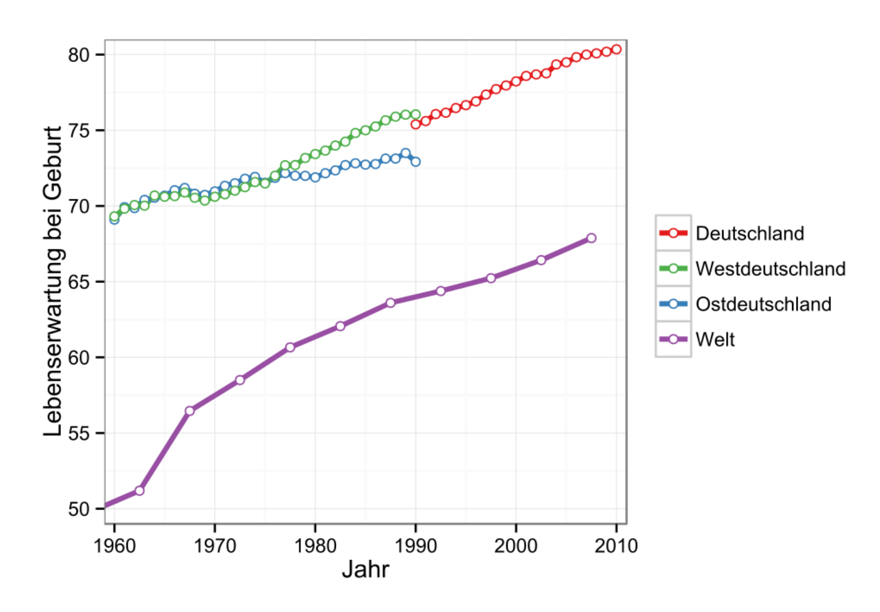
Dieser Befund wurde von mir mit relativ einfachen Mitteln und sicherlich recht grob erhoben. Es ist dringend erforderlich, die von mir skizzierten Wirkungszusammenhänge von Experten z.B. des BiB kurzfristig klären und erläutern zu lassen. **Das Krisenmanagement der BReg kann nur dann einen Abgleich von Gefahren vornehmen, wenn für die beiden aktuell drohenden Gefahren – die Gefahr an Corona schwer zu erkranken und daran zu sterben, sowie die nunmehr eintretende Wirtschafts- und Gesellschaftskrise mit ihren lebensverkürzenden Effekten – ausreichend Informationen und Daten zur Verfügung eingeholt werden.** Es gilt, ein bisheriges Versäumnis auszugleichen.

<u>Einzelaspekte:</u>

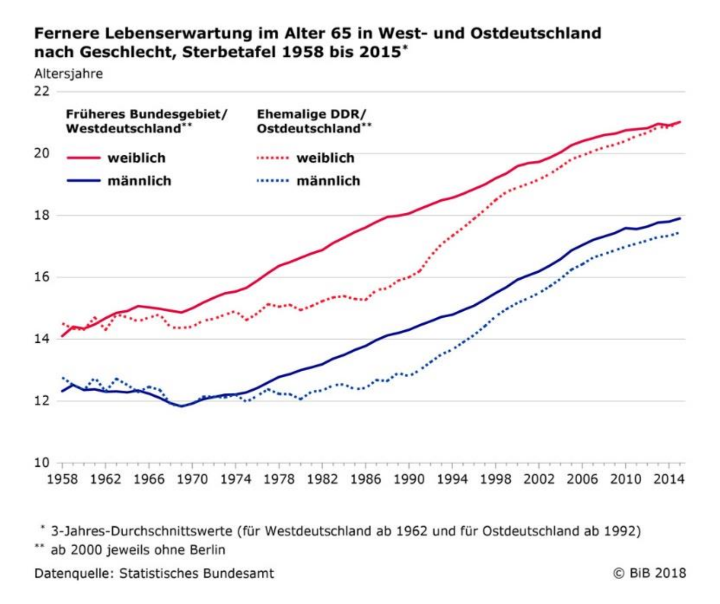
Bevölkerungsforschung - aktuell, Heft 4 aus 2010

- 2010 wurde vom BiB ermittelt (Bevölkerungsforschung - aktuell, Heft 4 aus 2010), dass die längere Lebenserwartung positive auf die erwachsenen Kinder der Alten haben bis diese zwischen 50 und 60 Jahren sind. Dann dreht sich der Effekt um: Die (erwachsenen) Kinder werden stärker belastet durch die Pflege der Eltern.

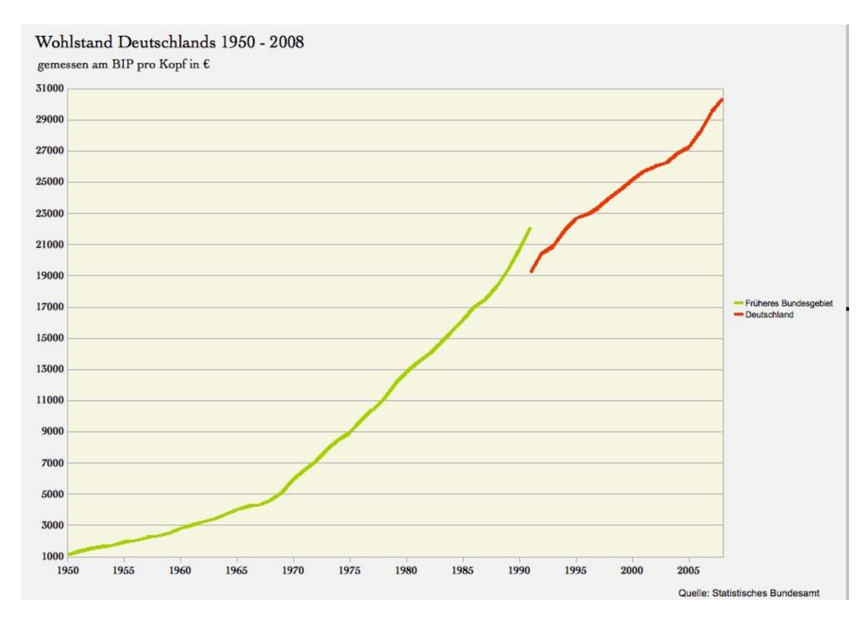
  <u>Fazit:</u> Wenn die Lebenserwartung sinkt, können jüngere Menschen, die im Arbeitsleben einer Volkswirtschaft höchste Bedeutung haben, weil sie die Wirtschaftsleistung (Wertschöpfung einer Gesellschaft) tragen und für die Innovationen zuständig sind, weniger durch unterstützende und mithelfende Eltern entlastet werden, und werden früher als heute mit den Belastungen der Pflege ihrer Eltern belastet. Sie werden dadurch über ihre aktive Lebensarbeitsphase tendenziell weniger leisten können als heute, also weniger zum Steueraufkommen beitragen und das Wohlstandsniveau unserer Gesellschaft schlechter absichern können.



Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland 1960–2010
https://de.wikipedia.org/wiki/Lebenserwartung



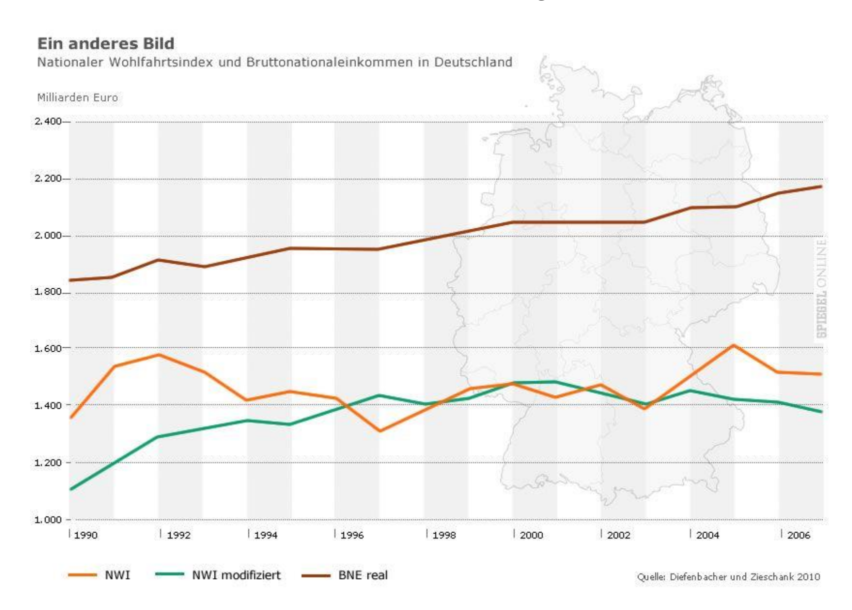
https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S37-Lebenserwartung-Alter-65-Geschlecht-West-Ost-ab-1958.html?nn=9992060



Wohlstand Deutschlands 1950–2008 gemessen am BIP pro Kopf in €

https://de.wikipedia.org/wiki/Wohlstand

Selbst wenn man berücksichtigt, dass Wohlstand eine schwer messbare Größe ist und unterschiedliche Messmethoden und Interpretationen möglich sind (siehe unten, Der Spiegel), besteht keine Zweifel daran, dass im Laufe der Zeit immer mehr Ressourcen für Maßnahmen aufgewendet wurden, die der Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung dienten. Das Wirtschaftswachstum der letzten Jahrzehnte, dass nun massiv einzubrechen droht, machte das möglich.



„Geld ist nicht alles: Während das Bruttonationaleinkommen der Deutschen in den vergangenen 15 Jahren meist stieg, schwankte der Nationale Wohlfahrtsindex erheblich. In

zwei unterschiedlichen Varianten fasst dieser insgesamt 21 Indikatoren zusammen - von der Luftverschmutzung über den Alkohol- und Drogenmissbrauch bis zum Wert der Hausarbeit."

SPIEGEL ONLINE aus Der Spiegel, 2.4.2012

https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/wie-misst-man-wohlstand-kritik-am-bruttoinlandsprodukt-bip-a-824877.html

Bevölkerungsforschung - aktuell, Heft 5 aus 2011

- In einem Beitrag (Bevölkerungsforschung - aktuell, Heft 5 aus 2011) wurde dargelegt, dass sich im Zuge der Erhöhung der Lebenserwartung auch die Phase kurz vor dem Tod, in dem gesundheitliche Einschränkungen bestehen und die Lebensqualität schlecht bis sehr schlecht ist, verringert. Den Menschen geht es länger gut. Eine einzelne neuere Studie konnte diese Aussage aufgrund sehr spezieller Datengrundlage zwar nicht bestätigen, dennoch gingen die Autoren des BiB in 2011 von der Wirksamkeit der sogenannten „Kompression der Morbidität" aus.

  Fazit: Wenn die Lebenserwartung sinkt, wird das möglicherweise dazu führen, dass die Menschen im Alter mehr Leid erleben werden und diesem Zustand länger ausgesetzt sein werden als heute (wo sich dieser Zustand vergleichsweise auf kürzere Zeit komprimiert).

- In einem zweiten Beitrag des gleichen Heftes wird dargelegt, dass Generationenkonflikte zwischen Alt und Jung nicht so stark sind und sein werden, wie von vielen befürchtet. Als Gründe werden drei Annahmen genannt: Die Zustimmung dazu, dass die Alten zu versorgen sind, ist in der Gesellschaft sehr groß. Außerdem seien die Interessenlagen der Alten zu heterogen, als dass es zu einem einheitlich, homogenen Interessen der ganzen Kohorte kommen würde. Auch die relativ engen Verbindungen in den Familien sprächen für geringe Konfliktrisiken, denn die führten dazu, dass die gegenseitige Unterstützung und Rücksichtnahme relativ stark ausgeprägt sind.

  Fazit: Im Falle einer geringeren Lebenserwartung und schlechterer Wirtschaftskraft ist m.E. mit erheblichen Veränderungen zu rechnen: Die Belastung der jüngeren, arbeitenden Bevölkerung nimmt zu, was das Verständnis der arbeitenden Bevölkerung für die Notwendigkeit der Mitversorgung der älteren Generationen auf eine Probe stellen wird. Der Wettbewerb von Betroffenengruppen um Anteile aus den Sozialetats wird zunehmen, weil das zu verteilende Gesamtvolumen sinken wird.

  Viel wird von der Solidaritätsbereitschaft der Bevölkerung abhängen:

  > Zitat aus dem Fazit des Artikels (es geht darum, wie stabil die Generationensolidarität ist und wovon sie abhängt): *„Dennoch ist die wohlfahrtsstaatliche Generationensolidarität in Zeiten des demografischen Wandels und fiskalischer Austeritätszwänge kein Selbstläufer. Die*

Solidaritätsbereitschaft zwischen den Generationen hängt zukünftig auch davon ab, dass die Politik die gemeinsamen Interessen von Jung und Alt betont und eine spalterische Rhetorik vermieden wird (Streeck 2009: 9). Darüber hinaus gilt es, auch im Kontext wohlfahrtsstaatlicher Reformen – und das heißt mithin ***in Zeiten sozialpolitischer Einschnitte – diese Solidaritätsbereitschaft zu bewahren*** *und ihre Basis nicht zu zerstören."*

Ob unter den harten Realbedingungen einer massiven Wirtschafts- und Gesellschaftskrise, sowie bei abgesenktem Wohlstandsniveau, Werbekampagnen der Regierungen in den Medien zur Erhörung der generationenübergreifenden Solidarität in der Gesellschaft (wie sie heute vielfach bei vergleichbaren Anlässen unter Berufung auf und Betonung von ethischen Normen gefahren werden) noch beitragen können, erscheint fraglich. Vielleicht werden sie von der Bevölkerung eher als Zynismus empfunden, durch den sich ihr Ohnmachtsgefühl eher noch verstärkt.

Funktionieren wird das vielleicht noch so lange, wie der Staat zum Füllen der Renten- und Sozialkassen zusätzliche Schulden machen kann. Denn staatliche Transfers sind offenbar so etwas wie Anschubfinanzierungen und Motivator für das Praktizieren privater Solidarität:

„Öffentliche Transfers bilden die Grundlage für private, innerfamiliäre Transferleistungen zwischen den Generationen, und insbesondere für die Armen unter den Älteren besteht das Risiko einer verringerten Einbindung in familiäre Zusammenhänge aufgrund geringer Ressourcen (Szydlik 2008: 18). Daher besteht nicht zuletzt im Interesse der Generationensolidarität auch in Zukunft die Notwendigkeit einer Renten- und Sozialpolitik, die die ärmeren Sozialschichten berücksichtigt und ihnen eine vollwertige Teilhabe am sozialen Austausch ermöglicht."

Bevölkerungsforschung - aktuell, Heft 5 aus 2013

- In einem Beitrag aus 2013 wird Bezug genommen auf das „Dritte Alter", in dem die Menschen trotz fortgeschrittenen Lebensalters eine **hohe Autonomie und Lebensqualität** erfahren.

„Alternsforscher bezeichnen den Lebensabschnitt zwischen dem Eintritt in den Ruhestand und dem Beginn dauerhafter Einschränkungen in Folge von Krankheiten, die eine Abhängigkeit von anderen Menschen begründen, als „Drittes Alter". Es handelt sich um eine relativ neue Lebensphase, die sich in Deutschland seit der Mitte des 20. Jahrhunderts im Zuge der allgemeinen Lebensverlängerung herausbildete." (Bevölkerungsforschung - aktuell, Heft 5 aus 2013, Seite 2)

Gesellschaftliche Veränderungen werden diese Phase verkürzen, wenn die Leistungen des Gesundheitswesens und der Sozialversorgung aufgrund starken Geldmangels und Wohlstandsverlusts der Gesellschaft zurück gefahren werden müssen.

Bevölkerungsforschung - aktuell, Heft 6 aus 2015

- Beitrag (Bevölkerungsforschung - aktuell, Heft 6 aus 2015).

  Aus dem Vorwort: *„Zu den großen Errungenschaften moderner Gesellschaften gehört der bemerkenswerte Anstieg der* ***Lebenserwartung****.* ***Verantwortlich für diese Entwicklung ist neben dem Wachstum des Wohlstands und der Zunahme gesunder Lebensweise auch die medizinische Versorgung****."*

  Fazit: Das bedeutet umgekehrt, dass eine Schrumpfung des Wohlstands zu einer geringeren Lebenserwartung führen wird. Durch die von den Schutzmaßnahmen ausgelöste Wirtschafts- und Gesellschaftskrise verlieren die Mitglieder unserer Gesellschaft Lebensjahre. Da der Zuwachs der Lebenserwartung innerhalb der letzten 50 Jahre bei über zehn Jahren liegt (sowohl bei Frauen, als auch bei Männern, als auch bei), muss davon ausgegangen werden, dass für den Fall eines Rückfalls auf das Wohlstandsniveau des Jahres 2000 oder gar des Jahres 1980 mit einem **Verlust von mindestens einer Größenordnung von mehreren Millionen Lebensjahren** für unsere Gesellschaft auszugehen ist.

5.6 Exkurs Lebensqualität im Alter und Sterblichkeit

(Quelle: Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes, ZeS (Zentrum für Sozialpolitik) der Uni Bremen, Wolfgang Voges, Olaf Jürgens, Andreas Mauer, Eike Meyer, Endbericht , November 2003, zum Download auf der Internetseite des BMAS: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a350-methoden-und-grundlagen-des-lebenslagenansatzes.pdf?__blob=publicationFile)

Lebensqualität im Alter ist u.a. von dem Renteneintrittsalter abhängig. Durch die Notwendigkeit länger arbeiten zu müssen, verringert sich folglich die Lebensqualität.

> *„Im letzten Drittel der Erwerbsphase wird Personen erst richtig bewusst, dass Lebenszeit ist ein knappes Gut ist. Vor diesem Hintergrund sind sie an einem möglichst frühen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben interessiert, um sich nicht mehr den Zwängen belastender Erwerbsarbeit unterwerfen müssen."* (Seite 145)

Der vorzeitige Ausstieg aus dem Arbeitsleben ist nur auf eine Interessenlage zurück zu führen, sondern korrespondiert mit den Belastungen des Arbeitslebens.

> *„Die Wahrnehmung von Arbeitsanforderungen als Belastungen resultiert häufig aus abnehmenden individuellen Leistungsvermögen sowie nicht mehr ausreichenden Ressourcen, um sich die aus der Arbeitstätigkeit ergebenden erhöhten Beanspruchung ausgleichen zu können. Von den Arbeitnehmer in der Spätphase des Erwerbslebens, die über ernste Symptome körperlicher und geistiger Erschöpfung klagen, hatten vier Fünftel in Erwägung gezogen, vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszuscheiden und Rente zu gehen (Voges 2003c).*

Ein Fünftel aller Rentner scheidet wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vorzeitig aus dem Erwerbsleben (VDR 2001). Bei nahezu zwei Dritteln dieser Frührentner handelt es sich um vormalige Arbeiter. Dagegen kommt mehr als die Hälfte der Frührentnerinnen aus dem Angestelltenbereich. In neun von zehn Fällen liegt eine Krankheit vor und nur bei jedem Zehnten ein Unfall." (Seiten 145-146)

Der Anteil vorzeitiger Aussteiger aus dem Arbeitsleben ist seit längerem relativ hoch (im vorherigen Zitat wurden Zahlen von 2001 berücksichtigt). Bei einem stärkeren Wettbewerb und zunehmender Belastung auf dem Arbeitsmarkt ist damit zu rechnen, dass diese Zahl weiter steigen wird. Möglicherweise muss in der Not trotzdem weiter gearbeitet werden, was allerdings zu einer geringeren Lebenserwartung führen wird.

Selbst bei Frühverrentungen nach dem heutigen System (bei stabilem Wohlstand), hatten die Betroffenen durchschnittlich schneller stark beeinträchtigende gesundheitliche Probleme, als die länger arbeitenden.

„Ein früher Übergang aus dem Erwerbsleben in den Ruhestand bedeutet daher keinesfalls, dass sich dadurch ein unbeschwertes Rentnerdasein mit besseren Lebenschancen eröffnet. Die Realität zeigt vielmehr, dass die Chancen dafür je nach Verrentungszeitpunkt im Lebensverlauf höchst unterschiedlich verteilt sind. Von den GEK-Versicherten werden 5 % mit 55 bis 57 Jahren, 38 % mit 58 bis 60 Jahren, 44 % mit 61 bis 63 Jahren und nur 13 % mit 64 bis 66 Jahren verrentet. Die gesundheitlichen Beschwerden führen dazu, dass bei den im Alter von 55 bis 57 Jahren Verrenteten Pflegebedürftigkeit früher im Lebensverlauf auftritt als bei denen, die zu einem späteren Zeitpunkt aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Von diesen Frührentnern ist bereits bei Rentenbeginn mehr als ein Prozent pflegebedürftig." (Seite 146)

Ihre Pflegebedürftigkeit tritt schneller ein und belastet die Gesundheits- und Sozialsysteme. Ihr Sterblichkeitsrisiko steigt stark an.

„Nach fünf Jahren ist der Anteil nur geringfügig angestiegen, da ein großer Teil der pflegebedürftigen inzwischen verstorben ist. Ein Fünftel der mit 55 bis 57 Jahren Verrenteten ist zu diesem Zeitpunkt bereits verstorben. Ein Vergleich mit den im Alter von 58 bis 60 Jahren, 61 bis 63 Jahren und 64 bis 66 Jahren Verrenteten zeigt, dass das Pflegerisiko für diese Rentner deutlich unter einem Prozent liegt. Auch das Sterblichkeitsrisiko reicht mit 5 bis 6 % kaum an das der 55 bis 57jährigen Frührentner heran (Voges 2003c)."

Trivial erscheint die Erkenntnis, dass die Vulnerabilität von Rentnern - und damit ihre Lebensqualität - von ihrem Gesundheitszustand abhängt.

„Die gesundheitlichen Probleme erhöhen auch die Vulnerabilität der Lebenslage von Rentnern." (Seite 147)

6. Auswertung der Erfassung von Daten, die für Gefährdungsbewertungen und Entscheidungen über Maßnahmen herangezogen wurden

Als Datenquelle für die Gefährdungseinschätzung stehen dem Krisenmanagement zur Verfügung:

- täglich aktuelle Meldungen und Analysen des gemeinsamen Krisenstabs von BMI und BMG (diese werden vom Robert-Koch-Institut zusammengestellt und fokussieren die gesundheitliche Lage; seit kurzem ergänzt durch einzelne Bausteine aus anderen Sicherheitsrelevanten Bereichen wie z.B. BW, Extremismus)
- Meldungen des internen BMI-Lagedienstes (herausgegeben vom Lagezentrum des BMI und basieren gleichfalls auf den RKI Aufbereitungen)
- Lagedienst Innere Sicherheit (herausgegeben vom Lagezentrum des BMI und basieren gleichfalls auf den RKI Aufbereitungen)
- Berichte und Lageberichte des Cyber-Abwehrzentrums (Cyber-AZ)
- Berichte und Lagemeldungen des BSI (unterschiedliche Formate auf Tages-, Wochen und Monatsbasis)
- Lageberichte des BBK zum Status in Kritischen Infrastrukturen
- Lageberichte des Gemeinsamen Melde- und Lagezentrums von Bund und Ländern (GMLZ)

Die vorgenannten Aufbereitungen sind nicht für die Allgemeinheit bestimmt, sondern einem begrenzten Kreis von Menschen zugänglich, insbesondere denen, die mit dem Krisenmanagement in der Coronakrise befasst sind (Bundes- und Länderebene). Die Aufbereitungen unterliegen einer besonderen Vertraulichkeit (VS – nur für den Dienstgebrauch) und dürfen nicht nach außen gegeben werden. Den Aufbereitungen liegen jedoch Daten zugrunde, die überwiegend gleichzeitig veröffentlicht werden (siehe die öffentlich zugänglichen Lageberichte des RKI auf dessen Website).

Einige der genannten Quellen wurden im Rahmen dieser Arbeit exemplarisch analysiert auf Verwertbarkeit für die Gefahrenerkennung und für die Gefahrenerkennung im Bereich der Kritischen Infrastrukturen.

6.1 Auswertung der BMI Lageberichte *(bis 7. April 2020)*

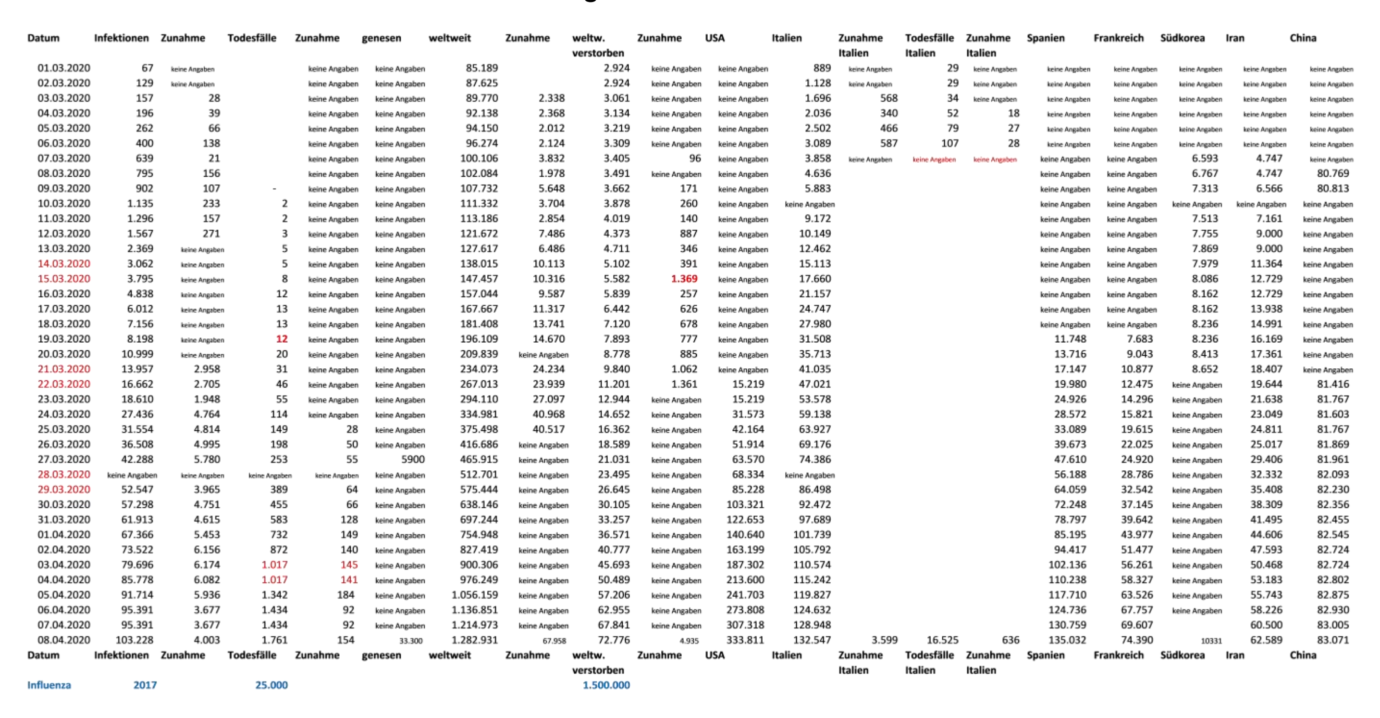
Verteiler: BMI-Lageberichte: intern BMI; Lageberichte Innere Sicherheit: ChBK, AA, BMF, BMJV, BMVg, BMAS, BMEL, BMG, BMU, BMVI, BMZ, BMWi, BPA, BPrA, BT, Alle IM, BAMF (LZ), BBK, GMLZ, BDBOS, BfV, BKA Wiesbaden, BKA Berlin, BKA Meckenheim, BPOLP, BSI, THW, BND, ZKA, DHPol, GBA

In den Lageberichten des BMI (und wortgleich in den Lageberichten Inneres Sicherheit), die die Grundlage für Bewertungen und Entscheidungen des Krisenmanagements bildeten, wurden folgende Daten zur Beschreibung der potentiellen Gefahren des Covid-19 Virus erfasst. In der ersten Phase, wurden vor allem zwei Werte erfasst und deren Ableitungen (Zunahme, später Umrechnung auf je 100.000 Bevölkerung, …):

a) Zahl der positiven Testungen (wurden als Infizierte oder Fälle ausgegeben)

b) Zahl der Verstorbenen

Eine Übersicht der Daten enthält die folgende Tabelle:



Datum	Infektionen	Zunahme	Todesfälle	Zunahme	genesen	weltweit	Zunahme	weltw. verstorben	Zunahme	USA	Italien	Zunahme Italien	Todesfälle Italien	Zunahme Italien	Spanien	Frankreich	Südkorea	Iran	China
01.03.2020	67	keine Angaben		keine Angaben	keine Angaben	85.189		2.924	keine Angaben	keine Angaben	889	keine Angaben	29	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben
02.03.2020	129	keine Angaben		keine Angaben	keine Angaben	87.625		2.924	keine Angaben	keine Angaben	1.128	keine Angaben	29	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben
03.03.2020	157	28		keine Angaben	keine Angaben	89.770	2.338	3.061	keine Angaben	keine Angaben	1.696	568	34	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben
04.03.2020	196	39		keine Angaben	keine Angaben	92.138	2.368	3.134	keine Angaben	keine Angaben	2.036	340	52	18	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben
05.03.2020	262	66		keine Angaben	keine Angaben	94.150	2.012	3.219	keine Angaben	keine Angaben	2.502	466	79	27	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben
06.03.2020	400	138		keine Angaben	keine Angaben	96.274	2.124	3.309	keine Angaben	keine Angaben	3.089	587	107	28	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben
07.03.2020	639	21		keine Angaben	keine Angaben	100.106	3.832	3.405	96	keine Angaben	3.858	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	6.593	4.747	keine Angaben
08.03.2020	795	156		keine Angaben	keine Angaben	102.084	1.978	3.491	keine Angaben	keine Angaben	4.636				keine Angaben	keine Angaben	6.767	4.747	80.769
09.03.2020	902	107	-	keine Angaben	keine Angaben	107.732	5.648	3.662	171	keine Angaben	5.883				keine Angaben	keine Angaben	7.313	6.566	80.813
10.03.2020	1.135	233	2	keine Angaben	keine Angaben	111.332	3.704	3.878	260	keine Angaben	keine Angaben				keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben
11.03.2020	1.296	157	2	keine Angaben	keine Angaben	113.186	2.854	4.019	140	keine Angaben	9.172				keine Angaben	keine Angaben	7.513	7.161	keine Angaben
12.03.2020	1.567	271	3	keine Angaben	keine Angaben	121.672	7.486	4.373	887	keine Angaben	10.149				keine Angaben	keine Angaben	7.755	9.000	keine Angaben
13.03.2020	2.369	keine Angaben	5	keine Angaben	keine Angaben	127.617	6.486	4.711	346	keine Angaben	12.462				keine Angaben	keine Angaben	7.869	9.000	keine Angaben
14.03.2020	3.062	keine Angaben	5	keine Angaben	keine Angaben	138.015	10.113	5.102	391	keine Angaben	15.113				keine Angaben	keine Angaben	7.979	11.364	keine Angaben
15.03.2020	3.795	keine Angaben	8	keine Angaben	keine Angaben	147.457	10.316	5.582	1.369	keine Angaben	17.660				keine Angaben	keine Angaben	8.086	12.729	keine Angaben
16.03.2020	4.838	keine Angaben	12	keine Angaben	keine Angaben	157.044	9.587	5.839	257	keine Angaben	21.157				keine Angaben	keine Angaben	8.162	12.729	keine Angaben
17.03.2020	6.012	keine Angaben	13	keine Angaben	keine Angaben	167.667	11.317	6.442	626	keine Angaben	24.747				keine Angaben	keine Angaben	8.162	13.938	keine Angaben
18.03.2020	7.156	keine Angaben	13	keine Angaben	keine Angaben	181.408	13.741	7.120	678	keine Angaben	27.980				keine Angaben	keine Angaben	8.236	14.991	keine Angaben
19.03.2020	8.198	keine Angaben	12	keine Angaben	keine Angaben	196.109	14.670	7.893	777	keine Angaben	31.508				11.748	7.683	8.236	16.169	keine Angaben
20.03.2020	10.999	keine Angaben	20	keine Angaben	keine Angaben	209.839	keine Angaben	8.778	885	keine Angaben	35.713				13.716	9.043	8.413	17.361	keine Angaben
21.03.2020	13.957	2.958	31	keine Angaben	keine Angaben	234.073	24.234	9.840	1.062	keine Angaben	41.035				17.147	10.877	8.652	18.407	keine Angaben
22.03.2020	16.662	2.705	46	keine Angaben	keine Angaben	267.013	23.939	11.201	1.361	15.219	47.021				19.980	12.475	keine Angaben	19.644	81.416
23.03.2020	18.610	1.948	55	keine Angaben	keine Angaben	294.110	27.097	12.944	keine Angaben	15.219	53.578				24.926	14.296	keine Angaben	21.638	81.767
24.03.2020	27.436	4.764	114	keine Angaben	keine Angaben	334.981	40.968	14.652	keine Angaben	31.573	59.138				28.572	15.821	keine Angaben	23.049	81.603
25.03.2020	31.554	4.814	149	28	keine Angaben	375.498	40.517	16.362	keine Angaben	42.164	63.927				33.089	19.615	keine Angaben	24.811	81.767
26.03.2020	36.508	4.995	198	50	keine Angaben	416.686	keine Angaben	18.589	keine Angaben	51.914	69.176				39.673	22.025	keine Angaben	25.017	81.869
27.03.2020	42.288	5.780	253	55	5900	465.915	keine Angaben	21.031	keine Angaben	63.570	74.386				47.610	24.920	keine Angaben	29.406	81.961
28.03.2020	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	512.701	keine Angaben	23.495	keine Angaben	68.334	keine Angaben				56.188	28.786	keine Angaben	32.332	82.093
29.03.2020	52.547	3.965	389	64	keine Angaben	575.444	keine Angaben	26.645	keine Angaben	85.228	86.498				64.059	32.542	keine Angaben	35.408	82.230
30.03.2020	57.298	4.751	455	66	keine Angaben	638.146	keine Angaben	30.105	keine Angaben	103.321	92.472				72.248	37.145	keine Angaben	38.309	82.356
31.03.2020	61.913	4.615	583	128	keine Angaben	697.244	keine Angaben	33.257	keine Angaben	122.653	97.689				78.797	39.642	keine Angaben	41.495	82.455
01.04.2020	67.366	5.453	732	149	keine Angaben	754.948	keine Angaben	36.571	keine Angaben	140.640	101.739				85.195	43.977	keine Angaben	44.606	82.545
02.04.2020	73.522	6.156	872	140	keine Angaben	827.419	keine Angaben	40.777	keine Angaben	163.199	105.792				94.417	51.477	keine Angaben	47.593	82.724
03.04.2020	79.696	6.174	1.017	145	keine Angaben	900.306	keine Angaben	45.693	keine Angaben	187.302	110.574				102.136	56.261	keine Angaben	50.468	82.724
04.04.2020	85.778	6.082	1.017	141	keine Angaben	976.249	keine Angaben	50.489	keine Angaben	213.600	115.242				110.238	58.327	keine Angaben	53.183	82.802
05.04.2020	91.714	5.936	1.342	184	keine Angaben	1.056.159	keine Angaben	57.206	keine Angaben	241.703	119.827				117.710	63.526	keine Angaben	55.743	82.875
06.04.2020	95.391	3.677	1.434	92	keine Angaben	1.136.851	keine Angaben	62.955	keine Angaben	273.808	124.632				124.736	67.757	keine Angaben	58.226	82.930
07.04.2020	95.391	3.677	1.434	92	keine Angaben	1.214.973	keine Angaben	67.841	keine Angaben	307.318	128.948				130.759	69.607		60.500	83.005
08.04.2020	103.228	4.003	1.761	154	33.300	1.282.931	67.958	72.776	4.935	333.811	132.547	3.599	16.525	636	135.032	74.390	10331	62.589	83.071
Datum	Infektionen	Zunahme	Todesfälle	Zunahme	genesen	weltweit	Zunahme	weltw. verstorben	Zunahme	USA	Italien	Zunahme Italien	Todesfälle Italien	Zunahme Italien	Spanien	Frankreich	Südkorea	Iran	China
Influenza	2017		25.000					1.500.000											

Die Auswertung der vorstehenden Daten offenbart:

1. Die Berichterstattung war teils lückenhaft.
2. Die Berichtskategorien veränderten sich mehrfach, teilweise wurden frühere wieder aufgegriffen.
3. Die Daten widersprachen sich teilweise (Stagnation von Entwicklungen, rückläufige (!) Gesamtzahl von Todesfällen, …).

4. Die Daten der Lageberichte waren für die Einschätzung der Gefahr, die von dem Coronavirus ausgehen, nicht geeignet (siehe die anderen Kapitel dieses Berichts). Die Gefahren, die real von dem Virus für die Bevölkerung Deutschlands ausgeht, konnte damit nicht erfasst werden.

5. Auch die internationalen Zahlen wurden ohne Beachtung des jeweils spezifischen nationalen Kontextes in die Berichte eingebunden und haben durch die Aufnahme in die Berichterstattung im Krisenstab indirekt Handlungsdruck erzeugt. Es wurde immer gerade über die Länder berichtet, in denen spektakuläre Spitzen zu beobachten waren. Eine verallgemeinerbare Erkenntnis konnte daraus nicht gewonnen werden. Entlastende Daten wurden nicht aufgenommen, obwohl auch sie öffentlich verfügbar waren (z.B.: https://swprs.org/covid-19-hinweis-ii/#latest).

6. Im Gegenteil: Trotz überhöhter Angaben über Coronatote wurde erkennbar, wie gering die Gefahr gegenüber alltäglichen gesundheitliche Risiken (wie einer Influenzawelle) tendenziell stets war (siehe die blaugedruckte Vergleichszahl in der untersten Zeile der Tabelle.

7. Die Zuschlagung von jeglichen Verstorbenen, die infiziert waren, zu den Zahlen für Coronatote führte (und führt weiterhin) zu einer Verzerrung bei der Wahrnehmung des Sterbegeschehens und verhindert unter anderem auch, dass die Folgen der Kollateralschäden diesen auch zugeordnet werden können. Sie blieben somit statistisch unsichtbar. – Beispiel: Eine Person, die keiner gefährdeten Gruppe angehört, und die trotz Infektion nicht an Covid-19 erkrankte, stirbt, als ihre fest eingeplante Herz-OP wegen Absage der Klinik nicht erfolgen kann an den Herzproblemen; diese Person würde nicht als Opfer der Schutzmaßnahmen, sondern als Opfer der Virusinfektion gezählt. Die Aussagen der Statistik stellen die wahren Verhältnisse in diesem Fall auf den Kopf
Diese hochproblematische Zählweise und Zählverfahren zur Dokumentation von Coronatoten, die vom RKI bereits Anfang März 2020 eingeräumt wurden, führen bis heute zu einer Verfälschung und Manipulation der Daten, da sie die Auswirkungen der Schutzmaßnahmen maskieren und geeignet sind zu verhindern, die beiden zentralen Gefahren für unsere Gesellschaft (Gefahren durch Krankheit, Gefahren durch Schutzmaßnahmen) im Vergleich bewerten zu können. In dieser Verfälschung von elementaren Schlüsseldaten ist der Grundstein zu falschen Entscheidungen zulasten der Bevölkerung gelegt.

Fazit: Die Berichterstattung in den Lageberichten des BMI war für die Einschätzung der ganzheitlichen Gefahrenlage, mit der unser Land konfrontiert ist, nicht brauchbar, weil sie sich ausschließlich mit gesundheitlichen Aspekten befassten. Ein Monitoring über Kollateralschäden fand nicht statt. Selbst die gesundheitlichen Daten waren nicht geeignet, um das Ausmaß der Gefahren für unserer Gesellschaft einzuschätzen, sie waren nicht differenziert genug, insbesondere nicht in den Kontext des Gesamt-

Sterbegeschehens in unserem Land eingebettet. Die in den Berichten dokumentierten Daten waren aber nicht nur unbrauchbar, sondern verhinderten oder erschwerten durch einen Effekt, den ich beispielhaft in Punkt 7. erläutert habe (s.o.), eine Bestandsaufnahme von weiteren entscheidungsrelevanten Daten, die zudem (noch) nicht Gegenstand der Lageberichte sind. Abhängig von dem Ausmaß der Um-Etikettierung steht die Vermutung im Raume, dass die Daten des Entscheidungsprozesses des Krisenmanagements als manipuliert gelten müssen.

Ich selbst habe schriftlich mehrfach meine Vorgesetzten darauf hingewiesen und konkrete Vorschläge dazu gemacht, welche aussagekräftigen Daten erhoben, bzw. von den Ressorts eingefordert werden müssten (Anlage 5). Die Ausführungen enthalten auch umfassende Erläuterungen zum Verständnis der Funktion der Daten für die Gefahrenbewertung und im Krisenbewältigungsmechanismus, nicht nur im gesundheitlichen Bereich. Dem Krisenstab lag ein Teil meiner Analysen und Anregungen/Vorschläge seit dem 23. März 2020 vor (Anlage 6), eine „Politologische Analyse“ legte ich in erster Fassung am 27. März 2020 vor (finalisierte offizielle KM 4 - Fassung vom 7. Mai 2020 in Anlage 8).

6.2 Auswertung des neuen Lagebildes des Krisenstabs von BMI und BMG (ab 8. April 2020)

Ab dem 8. April 2020 wurde die Berichterstattung über die aktuellen Coronadaten in den BMI-Lageberichten beendet. Es wurde verwiesen auf den gesonderten Lagebericht des Krisenstabs von BMI und BMG, der die Berichterstattung übernehmen sollte. Auch dieses neue Format befasst sich mit den gesundheitlichen Aspekten. Ein Monitoring über Kollateralschäden findet nicht statt.

Vorbemerkung

Daten werden gebraucht, um die **Gefährlichkeit des Virus** für die Bevölkerung in DEU zu ermessen. Hier ist die Geeignetheit der Lageberichte für diesen Zweck untersucht.

Ob die Gefahr so groß ist, dass gesonderte Schutzmaßnahmen zu treffen sind, und wie umfassend die Maßnahmen sein sollten, hängt davon ab, **wie viele Personen, nach professioneller und sehr sorgfältiger Prognose, voraussichtlich zusätzlich zu den durchschnittlich zu erwartenden Todesfällen unserer Gesellschaft durch den neuen Virus sterben werden**.

Da auch Schutzmaßnahmen Nachteile und Risiken bergen, einschließlich Todesfällen, ist der Umfang von Maßnahmen durch Gegenüberstellung der Auswirkungen zu ermitteln (Auswirkungen ohne und mit Schutzmaßnahmen).

Kritische Anmerkungen (auf der Basis des Berichts vom 9.4.20)

- Die Zahl der **Fälle** umfasst offenkundig Personen, bei denen der Virus nachgewiesen wurde, nicht die der erkrankten Personen und nicht die der bereits immunisierten. Durch eine folgenlose Infektion entsteht kein Schaden bei den Infizierten (ebenso bei leichten bis mittelschweren Krankheitsverläufen sowie Immunisierten). Zur Einschätzung der Gefahr wird primär die Zahl der an dem Virus so schwer Erkrankten benötigt, dass sie dadurch sterben könnten, denn das ist Gegenstand der Gefahr, die das Krisenmanagement des Staates von der Gesellschaft abzuwehren hat. Die Zahl der symptomlos Infizierten wird gesondert benötigt – zur Einschätzung von unterrangigen Teilgefahren (Infektionswahrscheinlichkeit). Zahlen eines aktuellen Berichtswesens sind nur wenn sie in diese beiden großen Blöcke differenziert werden, als handlungsrelevante Informationen von Bedeutung und können nur in dieser Zusammenstellung und im Kontext mit anderen Indikatoren zur Maßnahmenplanung verwertet werden.

- Es wird die tägliche Zunahme der Zahlen übermittelt. Es fehlt jedoch die Zahl von im gleichen Zeitraum durchgeführten Tests, sowie der Anteil der Gründe für das Testen (wegen coronaspezifischen Beschwerden oder Krankheitszeichen, anderen Verdachtsmomenten, als Nebenbefund einer anderen Untersuchung, anlasslos, …). Daraus hätten u.a. Erkenntnisse über den Grad der Durchseuchung gewonnen werden können.

- Todesfälle sind inzwischen offenbar eingegrenzt auf an dem Virus erkrankte Personen (*„2.107 Todesfälle in Zusammenhang mit COVID-19-Erkrankungen“*). Es dürfte jetzt also keine Person mehr mitgezählt worden sein, die zwar den Virus trug, aber nicht an ihm erkrankt war. Ist das wirklich so? Kann man sich darauf verlassen?

- Bei der Analyse der Fälle und der für die Einschätzung der Gefährlichkeit des Virus besonders wichtigen Todesfälle, wird zwar das Lebensalter statistisch ausgewertet, nicht jedoch der Zustand der Person („86% der Todesfälle und 16% aller Fälle sind 70 Jahre oder älter“). Bei der Einschätzung der Gefährlichkeit ist von besonderer Bedeutung, wie groß der Anteil derer ist, die auch ohne Virusinfektion kurz vor dem Tod standen, bei denen der absehbar bevorstehende Tod mit keinem Mittel hätte

verhindert werden können. Dazu werden für den betrachteten Zeitraum die Zahlen durchschnittlicher Sterbefälle benötigt (nach Todesursachen und ggf. Alter).

- Es wird von Häufungen in Pflegeheimen und Krankenhäusern gesprochen (*„Es häufen sich Berichte über COVID-19-bedingte Ausbrüche in Alters- und Pflegeheimen sowie in Krankenhäusern. In einigen dieser Ausbrüche ist die Zahl der Verstorbenen vergleichsweise hoch.“).* Damit war ein Hinweis auf eine extrem dominante Zielgruppe / Risikogruppe gegeben. Das hätte zwingend Anlass sein müssen, den vorhergenannten Aspekt zu überprüfen und eine spezifische Schutzstrategie zu entwickeln, sowie die allgemeinen Einschränkungen für die breite Bevölkerung zurück zu nehmen, bzw. dies zu empfehlen.

- Zeitlicher Verlauf: Die Grafiken zum zeitlichen Verlauf: Es bleibt offen, ob die unterschiedliche Erfassungsarten zu Mehrfachzählungen des gleichen Falles führen können. Besser wäre eine Grafik gewesen, bei der (im Rückblick) die Fälle nach Ausbruch der Krankheit dargestellt würden (also der für den Prozess relevante Zeitpunkt) - gemacht wird in der Folgegrafik das Gegenteil, es wird gesondert nach Meldungstagen aufgeschlüsselt. Deutlich wird aus der ersten Grafik, dass die Fallzahlen bereits im Sinken waren, als die Maßnahmen beschlossen und umgesetzt wurden (Ende März 2020).

- Demografische Verteilung: Hierbei wäre die Verteilung für die Todesfälle relevant (also die Zahlen für die größte Gefahr, vor der der Staat schützen soll), nicht die der Gesamtheit aller Infizierten (also auch aller dauerhaft symptomfreien). Dieser Teil des Berichts ist zweckfrei.

- Klinische Aspekte: *„Für 82.187 übermittelte Fälle liegen klinische Informationen vor.“* Analyseergebnisse dieser Stichprobe sind nicht auf die Gesamtzahl übertragbar, da nicht angegeben wird, wie viel Prozent der Toten auf diesen 75-prozentigen Anteil der Infizierten entfallen.
  Im gleichen Abschnitt wird dann über die 2.107 Verstorbenen gesprochen, also geht es nicht mehr um die zu Beginn des Abschnitts eingeführten Fälle, für die medizinische Informationen vorlagen.

- Unter Klinischen Aspekten werden weitere demografische Aspekte behandelt: *„Der Altersmedian liegt bei 82 Jahren, die Spanne zwischen 26 und 105 Jahren. Von den Todesfällen waren 1.819 (86%) Personen 70 Jahre und älter. Im Unterschied dazu beträgt der Anteil der = 70-Jährigen an allen übermittelten COVID-19-Fällen nur 16%. – Es häufen sich in den letzten Tagen Berichte über COVID-19-bedingte Ausbrüche in Alters- und Pflegeheimen sowie in Krankenhäusern. In einigen dieser Ausbrüche ist die Zahl der Verstorbenen vergleichsweise hoch.“* Da diese Haupt-Zielgruppe/Risikogruppe offenbar die höchste Altersgruppe ist, auf die auch in normalen Zeiten der größte Anteil von üblicherweise Versterbenden in DEU entfällt (jährlich etwa 920.000 in DEU), hätten hier weitere Differenzierung angestellt werden

müssen, um für das Krisenmanagement verwertbare Daten zu gewinnen – also Daten, die wirklich zweckgerichtete Maßnahmen ermöglichen (s.o.).

- Die Reproduktionszahl ist ein Abstraktum, das nicht ausreichend erklärt wird. Als Krisenmanager kann ich nicht erst einem angegebenen Link folgen und mich in eine wissenschaftliche Methodik einarbeiten, bevor ich meine Arbeit fortsetze. Ein Krisenmanagement kann damit nicht viel anfangen. Diese Zahl in dem Bericht aufzuführen, dient nicht der besseren Orientierung, sondern der Verwirrung des Krisenmanagements. Das gilt insbesondere, da diese Zahlen ohnehin als unsicher beschrieben werden und/oder auf Zahlen beruhen, die ebenfalls unsicher sind.

- Daten zu den Intensivbetten sind unzuverlässig, weil das Erfassungssystem umgestellt wurde. Informativ wäre den Auslastungsgrad der verfügbaren Kapazitäten auf einen Blick zu sehen.

- „Ergebnisse aus weiteren Surveillance-Systemen des RKI zu akuten respiratorischen Erkrankungen“: Mit den aufwendigen Schutzmaßnahmen verbreiteten sich – wie zu erwarten war – auch alle möglichen anderen Krankheiten. *„Die kontaktreduzierenden Maßnahmen, die in ganz Deutschland durchgeführt werden, haben scheinbar deutlich zur Reduktion der Übertragung akuter Atemwegserkrankungen beigetragen.“* – Diese Information ist unvollständig und muss in handlungsrelevante Aussagen umformuliert werden, etwa so: „Durch die sozialen Isolations- und Distanzierungsmaßnahmen wurden Erkrankungen nicht aufgehoben, sondern aufgeschoben.“ Es fehlen Angaben oder Prognosen für die Alternativstrategie der schnellen Durchseuchung. Diese Informationen sind unvollständig und somit für die Entscheidungsfindung über Maßnahmen irrelevant, solange Schlüsseldaten nicht vorliegen - z.B. zum gegenwärtigen Durchseuchungsgrad und zur Abgrenzung der gezielten Durchseuchungsstrategie.

- Anmerkung zur Durchseuchung: Den **Durchseuchungsgrad** repräsentativ zu erheben dauert meiner Kenntnis nach zwischen 7 und 10 Tagen. RKI hat am 8. April angekündigt, Studien dazu zu starten. Es ist außerdem völlig unerklärlich (und ein schwerer technischer Fehler des Krisenmanagements), dass diese noch nicht durchgeführt wurden, insbesondere nachdem diese Studien seit Wochen öffentlich gefordert wurden.

- Bei den komplizierten und verwirrenden Ergebnisse aus den Surveillance-Systemen des RKI ist nicht nachvollziehbar, was sie zu der Gefahreneinschätzung durch das Krisenmanagement beitragen können.

- Risikobewertung durch das RKI: Diese Risikobewertung mag für eine ganz spezielle Sicht von Wissenschaftlern und Fachstatistikern nachvollziehbar sein. Für die Einschätzung der Gefahren, die von dem Virus für die Gesamtbevölkerung ausgehen, ist diese Bewertung des RKI nicht verwertbar:

- „*Es handelt sich weltweit und in Deutschland um eine sehr dynamische und ernst zu nehmende Situation.*“ Damit ist nicht viel gesagt. Woran macht sich fest, dass die dynamische Situation ernst zu nehmen ist? Was genau bedeutet „ernst nehmen“ in diesem Zusammenhang? Ob und wie ernst die Entwicklung genommen werden muss, entscheiden die Krisen-Manager, nicht die wissenschaftlichen Berater (denn die kennen offenbar die Abgrenzungsindikatoren für die gesellschaftliche Risikoermittlung nicht).
- *„Bei einem Teil der Fälle sind die Krankheitsverläufe schwer, auch tödliche Krankheitsverläufe kommen vor.“* Für den bundesweiten Bevölkerungsschutz muss die zu erwartende Wirkung auf das gesamte Land betrachtet werden. Für das IT-Sicherheitsgesetz wurde bei vielen Sektoren/Branchen eine Betroffenheit von 500.000 Bürgern als relevante Größenordnung festgelegt. Dabei ging es zwar nicht um Menschenleben und Lebenszeit von Menschen, aber es wird deutlich, dass die Bewertung von Risiken, wie z.B. von tödlichen Krankheitsverläufen, immer von deren Menge in Bezug auf die Gesamtzahl abhängt.
- *„Die Zahl der Fälle in Deutschland steigt weiter an.“* Diese Aussage alleine führt zu keiner sinnvollen Erkenntnis für das Krisenmanagement (s.o.).
- *„Die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland wird derzeit insgesamt als hoch eingeschätzt, für Risikogruppen als sehr hoch.“* Aus den vorgenannten Zahlen ist noch nicht ableitbar, dass „die“ Gesundheit einer Bevölkerung von 80 Mio. Menschen hoch gefährdet ist – an der normalen Grippe sind in den letzten Jahren teilweise mehr als zehn Mal so viele Menschen gestorben, wie bisher dieses Jahr im Zusammenhang mit Corona verstarben. Wichtiger ist jedoch: **Ohne Kenntnis der Zahlen von explizit an Corona verstorbenen und ohne Kenntnis des Durchseuchungsgrads der Bevölkerung können gar keine Aussagen zur Gefährdung der Bevölkerung gemacht werden!**
- Wie auch immer man einen Wirkungsvergleich zwischen Corona und Influenza im Einzelnen beschreiben möchte, angesichts der folgenden Vergleichszahlen bedarf es einer wirklich überzeugenden zusätzlichen Erklärung und Legitimierung für die im Zusammenhang mit Corona ergriffenen schweren Schutzmaßnahmen:

	Todesfälle durch Influenza **in 2017/18**	**Zusätzlich ergriffene Schutzmaßnahmen**	**Todesfälle durch Corona** **in 2020**	**Zusätzlich ergriffene Schutzmaßnahmen**
in DEU	25.000	keine	ca. 5.500	umfassende Maßnahmen; zu einer schweren Wirtschafts- und Gesellschaftskrise führend
weltweit	1.500.000 (1,5 Mio.)	keine	ca. 200.000	differenzierte Maßnahmen; unterschiedlich ausgeprägt

- *„Die Wahrscheinlichkeit für schwere Krankheitsverläufe nimmt mit zunehmendem Alter und bestehenden Vorerkrankungen zu. Diese Gefährdung variiert von Region zu Region.“* Das ist kein Alleinstellungsmerkmal für Corona, sondern trivial, so isoliert betrachtet ohne weiteren Erkenntnisgewinn.
- *„Die Belastung des Gesundheitswesens hängt maßgeblich von der regionalen Ausbreitung der Infektion, den vorhandenen Kapazitäten und den eingeleiteten Gegenmaßnahmen (Isolierung, Quarantäne, soziale Distanzierung) ab und kann örtlich sehr hoch sein.“* Das sind relative Aussagen und Trivialitäten, die für die Bewertung von Gefahren keine konkret messbaren oder überprüfbaren Anhaltpunkte bieten.
- *„Diese Einschätzung kann sich kurzfristig durch neue Erkenntnisse ändern.“* Die Einschätzung des RKI ist für langfristig wirksame Maßnahmen offenbar grundsätzlich nicht verwertbar.

Ergänzung: Auch am 7. Mai 2020 enthielt der Lagebericht des Krisenstabs BMI-BMG immer noch keine Dokumentation der Kollateralschäden!

Zusammenfassendes Fazit:

Die Bewertungen der zuvor unter 6.1. untersuchten BMI-Lageberichte (Fazit) treffen auch für den hier zu beurteilenden Lagebericht des Krisenstabs zu.

Die vom RKI gelieferten Daten sind als Grundlage für die Entscheidungsfindung nicht zu gebrauchen. Die Bewertungen des RKI sind durch die vorgelegten Daten nicht gedeckt. Die Bewertungen sind vielfach spekulativ, teilweise unplausibel. Leider besteht der Lagebericht des Krisenstabs alleine aus einer Aufbereitung dieser Daten.

Es ist erforderlich, spezifische Daten von BMG einzufordern oder durch BMI selbst zu beschaffen, um die Gefahren des Coronavirus auf unsere Gesellschaft endlich in angemessener Genauigkeit einschätzen zu können und die Maßnahmen an dieser Einschätzung auszurichten.

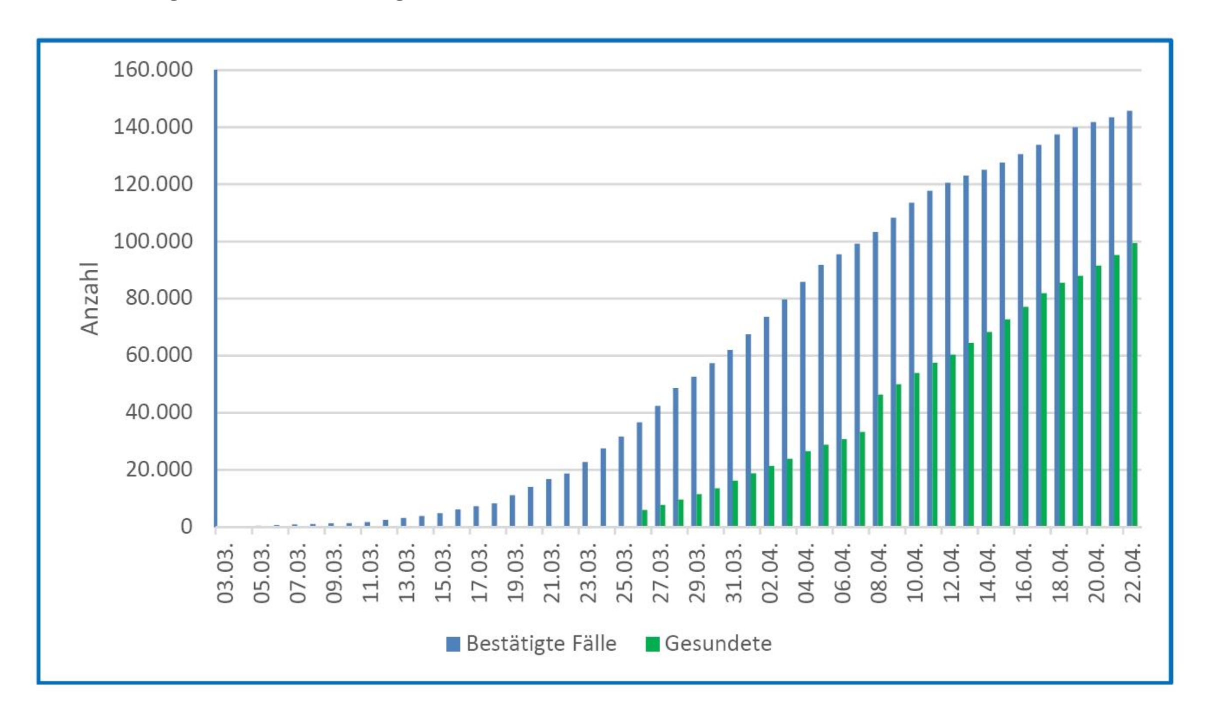
Die einseitige Heranziehung von Daten und Einschätzungen das RKI für den Entscheidungsprozess des Krisenmanagements ist angesichts der Vielfalt von verfügbaren Instituten, Einrichtungen und Experten nicht akzeptabel. Wegen der weitreichenden Auswirkungen der eingeleiteten Schutzmaßnahmen wird von der zu Grunde gelegten Datenbasis und deren Interpretation das künftige Schicksal unserer Gesellschaft abhängen. Es ist aus Bevölkerungsschutzperspektive zwingend erforderlich, verschiedene auch untereinander im Wettbewerb stehende Quellen zu erschließen.

Eine ausführliche Erläuterung des Datenbedarfs für den Entscheidungsprozess findet sich, wie bereits erwähnt, in <u>Anlage 5</u>.

6.3 Ergänzende Auswertung einer neueren Ausgabe des Lageberichts des gemeinsamen Krisenstabs BMI-BMG - Konkret untersuchte Fassung vom 22. April 2020

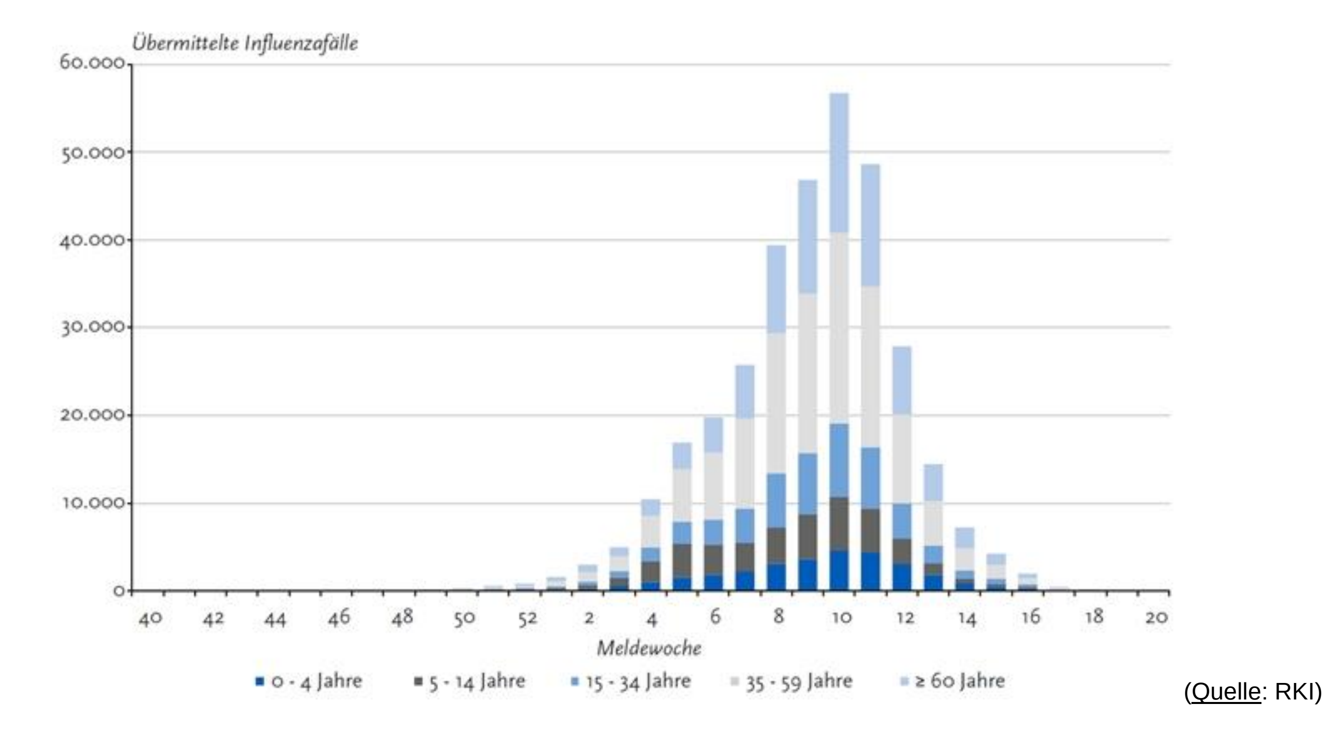
Der **Lagebericht** sollte eine wichtige Entscheidungsgrundlage für das Krisenmanagement sein. Tatsächlich kann er nicht viel beitragen. Der Bericht wurde mit der Zeit immer ausführlicher. Am 8. April startete er noch mit 8 Seiten, nunmehr sind es 16. <u>Der Gehalt an entscheidungsrelevanten Informationen ist genauso gering wie zu Beginn</u>.

Daten in dieser aktuellen Grafik werden nicht in einen Zusammenhang gebracht, der eine Bewertung und einen Vergleich von Gefahren und Risiken zuließe.



(Quelle: aus dem untersuchten Lagebericht, Seite 2)

Zum Vergleich wird hier beispielhaft die Entwicklungskurve von Influenzafällen in der Grippesaison 2017/18 (nach RKI) betrachtet. Der Anstieg der Kurve steigt steiler an als bei Covid-19 (trotz geringerer Übertragbarkeit), und sinkt noch deutlich steiler wieder ab.



(Quelle: RKI)

Es steht zu befürchten, dass die in DEU getroffenen Schutzmaßnahmen dadurch, dass sie eine Durchseuchung verhindern (verlangsamen), zugleich ein schnelles Erreichen des Endes der (gesundheitlichen) Krise – und natürlich ein Abbremsen aller Kollateralschäden – verhindern. Überprüfen ließe sich das mit einer korrekten Gefahrenanalyse und –bewertung, z.B. nach der in dieser Ausarbeitung beschriebenen Methode.

Eine über Seiten reichende detaillierte Analyse von **Intensivkapazitäten** und Krankenhausbetten wird gar nicht benötig. Es reicht deutlich zu machen, dass die Kapazitäten bei weitem nicht ausgelastet sind und wie groß die Reserven sind. Außerdem müsste ebenso akribisch erfasst werden, wie viele OPs wegen der einschränkenden Maßnahmen nicht durchgeführt werden konnten (gegenüber Durchschnittswerten und konkret abgesagten Terminen) und welche Schäden (einschl. Todesfälle) dadurch bisher entstanden sind.

Die Daten und Erläuterungen zu **Testkapazitäten** enthalten teilweise irrelevante Informationen (Anzahl der meldenden Labore), unvollständige Angaben (Unterscheidung in anlasslose Test und Verdachtfälle, ggf. postmortem), vor allem aber wird nicht deutlich, was damit ausgesagt werden soll. Die entscheidende Zahl fehlt immer noch: der ungefähre Durchseuchungsgrad der Gesellschaft in DEU. Dazu wird noch nicht einmal eine Vermutung angestellt.

Die **Testkapazitäten** sind inzwischen insgesamt hoch. Wenn der Preis pro Test immer noch bei 200 Euro liegen würde, hätten die Tests bis heute 6 Mrd. Euro gekostet. Es fehlt eine Angabe über die Gesamtzahl der Tests und der Kosten, weil das ein relevanter Faktor für die Testoptionen darstellt. Auch unter Wirtschaftlichkeitsaspekten sollte das Testen untersucht werden: Brauchen wir die vielen Tests eigentlich überhaupt noch? Welchen Nutzen genau erzielen wir aus derartig vielen Testungen und Daten? Welche Relevanz haben die Testdaten für die Entscheidungen des Krisenmanagements. Könnten die Informationen anders (billiger) gewonnen werden? Wer verdient alles daran? Außerdem fehlen Angaben zur Genauigkeit der Tests.

Es entsteht teilweise der Eindruck von **„Gestaltung“ von Informationen**. Das **begrenzt die Verwertbarkeit des Lageberichts** zusätzlich.

- Seite 12 (tendenziös) im Kontext mit extremistischen Gruppen: *„Der Bundesregierung wird eine gezielte Desinformationskampagne über die Pandemie vorgeworfen.“*

  Die von der Bundesregierung zur Begründung ihrer Maßnahmen vorgetragenen Informationen waren für eine Bewertung der Gefahrenlage unbrauchbar, wie meine

ausführliche Analyse zeigt. Das dies von Außenstehenden als *Desinformationskampagne* interpretiert wird, ist eine adäquate (nachvollziehbare) Wahrnehmung. Wenn die Information hier im Kontext mit extremistischen Gruppen gegeben wird, werden berechtigte Vorbehalte, die es in der Gesellschaft gibt, mit Extremismus gleichgesetzt. Dies führt zu einer Verharmlosung des Extremismus. Und zu einer Diskriminierung von Teilen der Bevölkerung, die ihren Verstand gebrauchen.

- Seite 12: *„Eine Zunahme der Gewalt in Familien und Beziehungen lässt sich in Hellfelddaten derzeit nicht erkennen. Die Telefon- und Online-Beratung des Bundesfamilienministeriums verzeichnete für den März jedoch zweistellige Zuwächse im Vergleich zu den Vormonaten.“*

  Es ist unbedingt von einer starken Zunahme der Gewalt in Familien und Beziehungen auszugehen. Dass es keine Erkenntnisse aus dem Hellfeld gibt, ist kein Indiz dafür, dass es nicht so wäre. Hier wird durch selektive Darstellung und Rückgriff auf unbrauchbare Daten der Eindruck erweckt, es gäbe keine nennenswerten Probleme mit häuslicher Gewalt und indirekt: die getroffenen Maßnahmen sind halb so schlimm. Die Auslastung von Plätzen in Frauenhäusern ist bekannt, das wäre ein besseres Indiz.

Seite 14: Andere relevante wie wirtschaftspolitische Eckdaten finden sich in dem Lagebild nur für andere Staaten und die EU, nicht aber für DEU. Das ist angesichts der auflaufenden hohen Kollateralschäden unverständlich. Es beweist leider erneut, dass das Krisenmanagement auch am 22. April 2020 einen Abgleich von Gefahren nach wie vor nicht vornehmen kann und nicht vornimmt.

Aufwand für BW wird auf Seiten 15 und 16 grafisch aufwendig aufbereitet dargestellt. Dies ist eher eine Schau der eingesetzten Kapazitäten, als nützliche Information für die Entscheidungsfindung.

Insgesamt ist erschreckend, dass nach den vielen bereits vergangenen Wochen der Krise, und einer breiten öffentlichen Diskussion immer noch keine Lagebeschreibung verfügbar ist, die Anhaltspunkte zur Einschätzung der bestehenden Gefahren bietet.

6.4 Auswertung der Rahmenvorgaben zum Krisenmanagement

Maßstab für die Arbeit eines Krisenmanagements ist der **Normalzustand**.

> *„Unter dem Begriff Krisenmanagement wird die Schaffung von organisatorischen und verfahrensmäßigen Voraussetzungen verstanden, die eine schnellstmögliche Zurückführung der eingetretenen außergewöhnlichen Situation in den Normalzustand unterstützen.“* („Information der Mitarbeiter/innen des BMI über Strukturen und Verfahren des Krisenmanagements“ aus 2014, Seite 3)

Das muss folglich auch für das **Sterbegeschehen** gelten. Es müssten Daten für den Normalzustand herangezogen werden, und es müsste ein Abgleich mit den aktuellen ist-Zahlen vorgenommen werden. Für das rechnerische Delta müsste erfasst werden, welcher Anteil auf den Krankheitserreger entfällt, und welcher auf die Kollateralschäden.

> *„Der Krisenstab des BMI ist das zentrale Krisenreaktionsinstrument, dessen Struktur auch die Grundlage für die Gemeinsamen Krisenstäbe des BMI mit dem BMUB sowie des BMI mit dem BMG bildet."* (ebd., Seite 6)

Im Konzert der Krisenbewältigungsinstrumente ist der gemeinsame Krisenstab von BMI und BMG das handlungsauslösende Element. Die Leitung des Krisenstabs wird durch einen Staatssekretär oder Minister wahrgenommen wird:

> *„Den Kern [des Krisenstabs] bilden die Mitglieder des Krisenstabes (AL Z, AL KM, AL B, IT-Direktor, Pressesprecher und Leiter Lagezentrum) unter Leitung eines Staatssekretärs bzw. von Herrn Minister. Der Leiter des Krisenstabes wird durch persönliche Assistenzdienste in einem Geschäftszimmer unterstützt. Ständiger Vertreter ist der Leiter der Abteilung ÖS in polizeilichen Lagen bzw. der Leiter der Abteilung KM in nichtpolizeilichen Lagen." (ebd., Seite 6)*

Da es sich bei der Coronakrise um eine primär nicht-polizeiliche Lage handelt, ist der AL der Abteilung KM der vorgesehene Vizevorsitzende des Krisenstabs.

> *„In diesem Sinne haben sich BMI und BMUB im Falle von gravierenden Gefahren- und Schadenslagen durch Straftaten mit radioaktiven Stoffen sowie BMI und BMG im Falle einer Pandemie und des Bioterrorismus auf die Bildung gemeinsamer Krisenstäbe nach dem Modell des Krisenstabes BMI verständigt. Durch die Bildung gemeinsamer Krisenstäbe werden ressortspezifische Interessen gebündelt und ein einheitlicher ressortgemeinsamer Krisenbewältigungsansatz gewählt, der die Möglichkeiten einräumt, alle vorhandenen Handlungsoptionen ergänzend auszunutzen. Sie bilden die Ausnahme zu dem sonst gültigen Ressortprinzip."* (ebd., Seite 6)

In der Coronalage ist davon abgewichen worden. Vizevorsitzender ist AL ÖS. AL KM wird (laut Organigramm des Krisenstabs vom 23.3.2020) lediglich „bei Bedarf" hinzugezogen. Es muss hier offen bleiben, ob das geschehen ist, weil der Krisenstab Bioterrorismus als Pandemiehintergrund vermutet (in dem Falle wäre AL ÖS regulär Vizevorsitzender des Krisenstabs, s.o.).

Im Falle der Pandemie mussten (wegen des sehr starken Risikos von Kollateralschäden) zusätzlich die Ressorts Wirtschaft, Finanzen und Soziales eingebunden werden. Das ist geschehen.

Aufgrund der Grundsatzzuständigkeit für KRITIS wäre hilfreich, wenn BMI die Einbindung der Ressorts hinsichtlich möglicher KRITIS-Kollateralschäden koordinieren würde (KM, ggf. mit CI). Das bietet sich an, da in einer Pandemie Kritische Infrastrukturen in allen Sektoren gleichermaßen betroffen sind und ansonsten keine Gesamtlage ermittelt wird (sektorale Ressortzuständigkeit). Bei einer Neufassung der Rahmenvorgaben für die Krisenreaktion auf eine Pandemie, sollte für diesen Funktionsbedarf eine Lösung gefunden werden.

> *„Er* [der gemeinsame Krisenstab BMI-BMG] *ist das zentrale Krisenreaktionsinstrument des BMI und des BMG und soll ein bundeseinheitlich koordiniertes Vorgehens im Gesundheitsschutz in Abstimmung mit den Krisenstäben der Länder sicherstellen."* (ebd., Seite 9)

Dass der Krisenstab in einer Pandemie ausschließlich die Aufgabe hat, den Gesundheitsschutz sicher zu stellen, erscheint als Mangel in den Rahmenvorgaben zur Krisenbewältigung einer Pandemie.

> *„Der Gemeinsame Krisenstab wird regelmäßig gemeinsam durch den/die Sicherheitsstaatssekretär/in des BMI und den/die Staatssekretär/in des BMG geleitet, sofern nicht der Minister/die Ministerin oder ein(e) andere(r) Staatssekretär/in die Leitung übernimmt oder einem zuständigen Fachabteilungsleiter die Leitung übertragen wird. Ständiger Vertreter des/der Sicherheitsstaatssekretärs/in des BMI ist der Leiter der Abteilung KM im BMI, im Falle bioterroristischer Gefahren- und Schadenslagen der Leiter der Abteilung ÖS im BMI."* (ebd., Seite 9)

> *„Das BMG wird auf Ebene der Abteilungsleiter (Mitglied des Gemeinsamen Krisenstabes) durch den/die Abteilungsleiter/in 3 sowie einen eigenen Stabsbereich Gesundheitsgefahren im Gemeinsamen Krisenstab vertreten."* (ebd., Seite 9)

Das BMG ist lediglich auf AL Ebene im Krisenstab vertreten. BMI ist in der komfortablen Position, den stärkeren Einfluss auf das Krisenmanagement ausüben zu können. Im Falle einer Pandemie ist das hilfreiche - allerdings nur, wenn eine angemessene Gefahrenanalyse und -bewertung durchgeführt wird. Das ist in der Coronakrise bis Anfang Mai 2020 nicht der Fall. Eine eigene Gefahrenanalyse und -bewertung der Gesamtlage durch das BMI gibt es in der Coronakrise nicht. Für die Lageberichte des gemeinsamen Krisenstabs mit BMG wurden zu Beginn ausschließlich Datenaufbereitungen und -bewertungen aus dem Geschäftsbereich des BMG herangezogen, später wurden diese durch einzelne Klein-Beiträge des BMI mit sicherheitspolitischem Bezug und beliebig erscheinenden internationalen Meldungen ergänzt. Die Risikoeinschätzung wurde in dieser Krise in jedem Moment alleine von der Gesundheitspolitik bestimmt. Das muss als weiterer Mangel angesehen werden.

Zusammenarbeit mit den Ländern in einer Pandemie

Das gemeinsame Kriseninstrument von Bund und Ländern ist die sogenannte IntMinKoGr, die „Interministerielle Koordinierungsgruppe des Bundes und der Länder":

> *„Die IntMinKoGr ist das gemeinsame Koordinationsgremium des Bundes und der Länder bei Gefahren- und Schadenslagen, die im Rahmen der üblichen Amtshilfe voraussichtlich nicht bewältigt werden können. Dazu zählen im Wesentlichen lang anhaltende und großflächige Schadens- und Gefahrenlagen (z.B. Unfälle in Kernkraftwerken im In- und Ausland, Pandemien, Naturkatastrophen erheblichen Ausmaßes), von denen mehrere Bundesländer betroffen sind und ein hoher Beratungs- und Abstimmungsbedarf besteht. Die IntMinKoGr hat die Aufgabe die betroffenen Länder zu beraten und zu unterstützen sowie die Entscheidungsfindung der Bundesressorts zu koordinieren."* (ebd., Seite 10)

Die IntMinKoGr hat die Aufgaben, *„auf eine bundesressort- und länderübergreifende Vorgehensweise hinzuwirken"* und *„auf Grund von Fachexpertisen die im Krisenmanagement Handelnden zu beraten"*.

In der Coronakrise erfolgte die Beratung der Länder auf Basis der Risikoanalyse des gemeinsamen Krisenstabs BMI-BMG (niedergelegt in den Lageberichten). Da die Risikoanalyse einseitig auf gesundheitspolitische Aspekte fokussiert war und eine eigenständige ganzheitliche Gefahrenanalyse und -bewertung gar nicht stattgefunden hat, konnte auch die Beratung der Länder nur defizitär sein. Auf dieser Basis wurden jedoch weitreichende Entscheidungen getroffen.

Das u.a. für die Entwicklung von Methoden zur Risikoanalyse zuständige BBK, nimmt (unterstützt durch das BMI-Lagezentrum) in der Krise die Aufgabe einer Geschäftsstelle der IntMinKoGr wahr:

> *„Die Aufgaben der GSt IntMinKoGr werden vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) unter Einbeziehung der Ressourcen des Gemeinsamen Melde- und Lagezentrums von Bund und Ländern (GMLZ) wahrgenommen. Das BBK stellt das Personal für die GSt IntMinKoGr. Das Lagezentrum des BMI unterstützt die Arbeit und die Sicherstellung des Betriebes der GSt IntMinKoGr am Dienstsitz des BMI in Berlin.“* (ebd., Seite 11)

Das in Fragen der Risikoeinschätzung auch in Pandemielagen besonders qualifizierte und erfahrene BBK eng in das Krisenmanagement einzubinden ist ein richtiges Element.

<u>Die Rolle der Kanzlerin</u>

Im Falle einer besonders schweren Krise übernimmt die Bundeskanzlerin die Koordination und Führung.

> *„Für das Krisenmanagement auf Bundesebene ist in Abhängigkeit von der konkreten Gefahren- oder Schadenslage das jeweils fachlich überwiegend zuständige Ressort federführend. Die Bundeskanzlerin kann jedoch die Zuständigkeit für die Koordination / Führung, vor dem Hintergrund der besonderen Bedeutung einer eingetretenen Lage, übernehmen.“* (ebd., Seite 14)

Es bleibt unklar, was diese „Führungsrolle“ bedeutet. Es könnte z.B. bedeuten, dass die Bundeskanzlerin die vom Krisenstab vorbereiteten Entscheidungen nach außen vermittelt (wie eine Sprecherfunktion, in Kombination mit einer Art massenpsychologischer Betreuung der Bevölkerung). Es könnte aber auch bedeuten, dass die Bundeskanzlerin völlig frei nach Lust und Laune, oder auch nach eigenen festen Kriterien entscheidet.   unterschreibt Es gab Besprechung im Kanzleramt. In allen Ergebnisprotokollen, die ich gesehen habe, wurden die gleichen Lageberichte und Daten zugrunde gelegt, wie im gemeinsamen Krisenstab von BMI und BMG. Auf der politischen Ebene hat sich der Fehler der unterbliebenen umfassenden und systematischen Gefahrenanalyse und –bewertung unmittelbar ausgewirkt und aller Wahrscheinlichkeit nach zu schwerwiegenden Fehlentscheidungen geführt.

> *„In den Ressorts, die zu einer Bewältigung einer Gefahren- oder Schadenslage beitragen können, wurden Vorkehrungen (z.B. organisatorisch-technische Vorbereitungen, Erreichbarkeitsregelungen) getroffen, um kurzfristig spezifische Krisenstäbe aufrufen zu können. Der Krisenstab des federführenden Ressorts übernimmt die Koordinierung im Bund sowie die Abstimmung mit den von der Gefahren- oder Schadenslage betroffenen Ländern.“* (ebd., Seite 15)

Die „*lagebezogene Koordination der Ressorts der Bundesregierung und die Abstimmung mit den betroffenen Ländern“* obliegt dem den Krisenstab der federführenden Ressorts. *Das bedeutet, dass die Lageberichte des Krisenstabs die Grundlage für alle Interventionen sein müssten:*

> *„Durch das in den letzten Jahren geschaffene System des Krisenmanagements auf Bundesebene wird sichergestellt, dass die lagebezogene Koordination der Ressorts der Bundesregierung und die Abstimmung mit den betroffenen Ländern durch den Krisenstab des federführenden Bundesressorts gewährleistet werden. Damit ist eine vormals der Interministeriellen Koordinierungsgruppe zugeordnete Aufgabe in das bestehende System des Krisenmanagements übergegangen.“* (ebd., Seite 16)

Hausanordnung Gruppe 4 Blatt 1 *„Krisenstab und Koordinierungsstab“*

Nachrichten und Informationen, die für die Beurteilung von besonderen Lagen bedeutsam sind, werden von den KoSts der Stabsbereiche dem Lagezentrum im Krisenstab zur Kenntnis geben.

> *„Das Lagezentrum im Krisenstab steuert die Informationen an die KoSt der Stabsbereiche, die wiederum die aufgabenbezogene Weiterleitung an die Leitung des Stabsbereiches und die jeweils betroffenen Organisationseinheiten sicherstellen. Zugleich* ***gewährleisten die KoSt, dass die für die Beurteilung von besonderen Lagen bedeutsamen Nachrichten und Informationen****, die Erfüllung von Aufträgen sowie personelle Veränderungen in der Besetzung der Stabsbereiche des Krisenstabes unverzüglich dem Lagezentrum im Krisenstab zur Kenntnis gelangen.“* (Seite 3)

Die Koordinierungsstellen sind dafür zuständig, dass dem Krisenstab alle für die Beurteilung von besonderen Lagen bedeutsamen Informationen zur Verfügung gestellt werden. Das ist nicht geschehen.

Auf die von KM 4 dem Stabsbereich zugeleiteten Informationen (Analysen und Berichte) erfolgte keine Reaktion.

6.5 Zwischenbilanz der Bundesregierung

Am 7. Mai 2020 erschien eine "Zwischenbilanz der Bundesregierung"
(https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/gegen-corona-pandemie-1747714)

Das Dokument ist übertitelt: "Maßnahmen der Bundesregierung zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie und zur Bewältigung ihrer Folgen". In dem Papier wird vorausgesetzt, dass eine Gefahr durch Covid-19 besteht, beschrieben wird die Gefahr nicht. Sie wird nicht einmal genannt. Sie ist quasi schon da, bevor das Papier einsetzt. In dem 22-seitigen Bericht gibt es an keiner Stelle eine Beschreibung der Gefahren und auch **keinerlei Dokumentation einer systematischen Abwägung von Maßnahmen mit ihren Nebenwirkungen**.

Zu Beginn heißt es: *„Die COVID-19-Pandemie hat weltweit für alle Länder außerordentliche Belastungen zur Folge. Auch in Deutschland sind Wirtschaft, Sozialstaat, Gesundheitssystem und Gesellschaft massiv unter Druck geraten. Als weltweit vernetztes Land, aber auch als*

wichtiger Mitgliedstaat der EU steht Deutschland damit vor der größten Herausforderung seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs."

Auf den Seiten 7 und 8 wird in zwei eingeschobenen Textkästen die **„Entwicklung wichtiger Kennziffern und Quellen (Stand: 22. April)"** dargestellt. Auch hier werden keine Gefahren beschrieben, sondern es werden einige der bekannten Datenkategorien genannt, die ohne Interpretation oder Erläuterung des Kontextes eine Einschätzung der Gefährlichkeit des Virus eben gerade nicht ermöglich, z.B. die Zahl gemeldeter Neuinfektionen, der Anstieg von Testkapazitäten, die verfügbaren Intensivbetten und die Versorgung mit Schutzausrüstung. Die eigentlichen Schäden (Tote) kommen nicht vor.

6.6 Könnte es eine Gefahrenanalyse und –bewertung außerhalb des Lageberichts des Krisenstabs gegeben haben (oder noch geben)?

Die Sorgfaltspflicht gebietet es, in Erwägung zu ziehen, dass möglicherweise außerhalb der Lagebilder eine Gefahrenanalyse und –bewertung – wie von mir gefordert – durchgeführt wurde. Mir ist zwar kein vergleichbares Dokument begegnet oder eine diesbezügliche Aktivität bekannt geworden, dass muss aber nicht bedeutet, dass es eine solche nicht gibt. Denn Referat KM4 ist möglicherweise in derartige Aktivitäten nicht einbezogen worden.

Dagegen spricht allerdings:

- Laut den Hausanordnungen des BMI, die alle Arbeitsabläufe und alle sonstigen Vorgaben der Krisenbewältigungsmechanismen definieren, ist der Krisenstab dafür zuständig, alle Entscheidungen zu treffen oder zumindest vorzubereiten.
- Es mag im Bundeskanzleramt, im BMI oder auch in andern Häusern gesonderte formelle und informelle Besprechungsrunden geben (z.B. Corona-Kabinett), die auch eine Art von Lageberichten produzieren. Diese hätten jedoch auch im Krisenstab zusammengeführt und konsolidiert werden müssen. Ohne die üblichen Abstimmungsverfahren zwischen den Ressorts (und ggf. mit den Ländern) ist das jedoch nicht denkbar.
- Wenn umfassende Aufstellungen und Berichte, die „sorgfältige Abwägungen" enthalten sollten (wie von BK und den MP der Länder in ihrem veröffentlichten Beschluss vom 31. April 2020 behauptet wird[1]) existierten, hätten sie in den Sitzungen des Krisenstabs behandelt werden müssen oder diesem zumindest zur Kenntnis gegeben werden müssen. Die Regierungen (Bund+Länder) haben sich an keiner (hier bekannten) Stelle auf andere Grundlagen für Ihre Entscheidungen berufen, als die

[1] „Bund und Länder wägen bei allen Entscheidungen deren Wirkung in gesundheitlicher, sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht sorgfältig gegeneinander ab." (Protokoll der Telefonschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 30. April 2020, Seite 1)

Lageberichte des Krisenstabs und die des RKI (die regelmäßig Bestandteil der Krisenstabslageberichte sind).

- Eine Durchsicht der „Ergebnisprotokolle der 15., 16. und 17. KriSta-Sitzung BMG-BMI“, die mit etwas zeitlichem Verzug am heutigen 7. Mai 2020 um 17:59 Uhr innerhalb des Krisenstabs verteilt wurden, ergibt, dass weder sorgfältige noch sonst irgendwelche Abwägungen mit Kollateralschäden vorgenommen wurden. In der 14. Sitzung wurde jedoch einmal über das Lagebild gesprochen (s.u.). Aus dieser Befassung kann geschlossen werden, dass auch die Bundeskanzlerin auf die bekannten Lagebilder zurückgreift.

<u>Beispielhafte Auswertung der Sitzungen 15, 16 und 17 (nach Aktenlage), sowie des Protokolls der 14. Sitzung:</u>

An den Sitzungen des Krisenstabs nahmen zwischen 29 und 38 Personen teil. Die meisten kamen aus dem BMI und dem BMG. Die übrigen aus BMWi, BMF, BMVI, BMVg, AA, BMAS, und dem RKI sowie dem BK. Bei der Beteiligung der Ressorts fällt auf, dass RKI und BMF gleichermaßen (aber nicht an den gleichen Tagen) zu einer Sitzung nur einen Vertreter schickten, zu einer anderen Sitzung zwei, und in einer Sitzung gar nicht vertreten waren. Das überrascht insbesondere bei dem Finanzressort, welches die finanziellen Mittel für alle Aktivitäten bereitstellen muss. Der Krisenstab tagte zweimal pro Woche für jeweils zwei Stunden.

- 28.4.20 (17. Sitzung, 2 h) 38 TN: 16 BMI, 11 BMG, 2 BK, 2 BMWi, 2 BMVI, 2 BMVg, 2 AA, 1 BMAS, 1 BMF, 0 RKI
- 23.4.20 (16. Sitzung, 2 h), 34 TN: 15 BMI, 6 BMG, 1 BK, 2 BMWi, 1 BMVI, 2 BMVg, 2 AA, 1 BMAS, 2 BMF, 2 RKI
- 21.4.20 (15. Sitzung, 2 h), 29 TN: 13 BMI, 6 BMG, 2 BK, 2 BMWi, 1 BMVI, 2 BMVg, 1 AA, 1 BMAS, 1 RKI

<u>Aus den Sitzungen des Krisenstabs:</u>

- In der 14. Sitzung wurde zum Thema „Lagebild“ im Sitzungsprotokoll festgehalten,
  - **dass die Bundeskanzlerin das Lagebild als <u>sehr hilfreich</u> erachtete** und es gerne noch um Beschaffungen erweitert sehen würde – insbesondere im Hinblick auf Schutzmasken.
  - BMI und BMG kündigten an, der Bitte nachzukommen, erklärten jedoch, dass eine tagesaktuelle Bereitstellung der Beschaffungsdaten schwierig sei und

wöchentliche Aktualisierung in den Lageberichten dafür ausreichten. BMWi wolle künftig Beiträge zur Produktion der Schutzausrüstung erstellen.

- In der 15. Sitzung kündigte **RKI** Ergebnisse einiger Studien für Ende Mai und Ende Juni an.
- In keiner Sitzung wurde über die **Gesamtkosten der Schutzmaßnahmen** oder den **Neuverschuldungsbedarf** diskutiert und auch die **Auswirkungen auf die Wirtschaft** und die Entwicklung am **Arbeitsmarkt** wurden nicht behandelt. Auch die **gesundheitlichen Kollateralschäden** (einschl. Todesfälle) waren kein Thema.
- In zwei Sitzungen (15., 17.) wurde über die Lage in einer (einzigen) Kritischen Infrastruktur gesprochen (**Telekommunikationsunternehmen**). Der Status von KRITIS in DEU insgesamt stand bei keiner der untersuchten Sitzungen auf der Agenda.
- Mit einem Papier vom 28.4. informiert das **RKI** in der 17. Sitzung im Zusammenhang mit Aktivitäten der EU darüber, dass die **Reproduktionszahl R** geringe Rückschlüsse auf wesentliche Indikatoren böte.

Dieser eigentlich katastrophale Befund deckt sich nicht ganz mit dem, was die Regierungen der Öffentlichkeit vermittelt:

Die politische Führung von Bund und Ländern reklamiert für sich, dass bei allen Entscheidungen, deren Wirkung „in gesundheitlicher, sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht" sorgfältig gegeneinander abgewogen würden. Die „ständig zunehmenden wissenschaftlichen Erkenntnisse über dieses neuartige Virus" und viele interdisziplinäre Expertenmeinungen sollen dabei in die Entscheidungsfindung eingeflossen sein.

Ein Blick in die vielfältigen Beiträge aus allen tangierten Wissenschaftsbereichen, die in den letzten Wochen im Internet zu lesen waren, sowie ein Abgleich mit den in den Lageberichten zusammen getragenen Inhalten offenbart, dass dies nicht umgesetzt worden sein kann. Bei der Erhebung von medizinisch-gesundheitlichen Lagedaten wurde auf ein sehr enges Set an Indikatoren zurückgegriffen (s. andere Kapitel dieses Berichts), während die in DEU reich vorhandene Expertise in vielen anderen unmittelbar betroffenen Disziplinen brachliegen gelassen wurde.

> *„Die Verantwortung für die Entscheidungen liegt bei Bund und Ländern, für die angesichts des Umstandes, dass es sich um eine Situation ohne Beispiel mit vielen noch schwer abschätzbaren Risiken handelt, ein vorsichtiges Vorgehen in regelmäßigen Schritten und ein besonders strenger Maßstab für vorübergehend notwendige Grundrechtseinschränkungen das leitende Prinzip für verantwortbares Handeln ist."* (Protokoll der Telefonschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 30. April 2020, Seite 2)

Der strenge Maßstab, den die Regierung angelegt haben will, ist nicht zu erkennen.

In dieser Darstellung wird ein Grundproblem des Krisenmanagements in der Coronakrise deutlich: die wesentlichen Entscheidungen werden von der Politik getroffen. Und die Politik hat in dieser Krise stark gestaltet.

Zusammenhang Gefahrenbewertung + Entscheidungsfindung

Beispiel: In anderen Gefahrensituationen, wie z.B. bei einem Feuerwehreinsatz an einem brennenden Wohnhaus, werden die Entscheidungen von qualifizierten Rettungskräften getroffen, nicht vom (politische gewählten) Bürgermeister. Der Brandmeister der Feuerwehr entscheidet, ob die einzige verfügbare Leiter genutzt wird, um zuerst eine aus einem Fenster auf der eine Gebäudeseite um Hilfe rufende schwangere Frau zu retten, oder ein aus dem anderen Gebäudeteil winkendes Kind, das von dichten Rauchschwaden eingehüllt ist. Diese Entscheidung trifft der Brandmeister (und nicht der Bürgermeister) auch dann, wenn der Bürgermeister direkt danebensteht, und selbst dann noch, wenn es um das Haus des Bürgermeisters geht, in dem seine Frau und sein Kind in die Notlage geraten sind.

Es stellt sich die Frage, wie effektiv und praktikabel es sein kann, wenn in einer Pandemie die Politik entscheidet und inflationär agiert, wenn, wie in der Coronakrise, einige wenige Regierungsmitglieder, die nicht für die Bewältigung derartiger Gefahrenlagen ausgebildet wurden, und die über die dafür erforderliche Fachkompetenz in der Regel nicht verfügen können, das Schicksal des Landes bestimmen sollen.

Es ergibt sich eine Diskrepanz zwischen einer Vielzahl an operativen Aktivitäten und Maßnahmen der Ministerien einschließlich ungezählter Änderungen des Rechtsbestands unseres Landes, mit denen zahlreiche Lebensbedingungen der Bevölkerung dauerhaft verändert werden einerseits, und der versäumten umfassenden Gefährdungserhebung der Gesamtlage. Es liegen seitenlange Darstellungen mit Überschriften und Kurzbeschreibungen alleine der Maßnahmen im Geschäftsbereich des BMI vor[2]. Wobei die **ministeriellen Arbeitsprozesse** seit März 2020 vielfach als unprofessionell und unsolide eingestuft werden müssen. Denn komplexe und auswirkungsstarke Gesetzentwürfe, die im Ressortmitzeichnungsverfahren normalerweise innerhalb von mehreren Wochen fachlich geprüft werden, und bei denen die jeweils zuständigen Referate weitere Parallelreferate oder nachgeordnete Behörden unterbeteiligen müssen, wurden in den letzten beiden Monaten vielfach mit „Verschweigefristen“ (die ohnehin in einer rechtlichen Grauzone liegen), innerhalb weniger Stunden „ressortabgestimmt“. Das bedeutet: Eine angemessene fachpolitische Prüfung kann nicht erfolgt sein. Der Prozess der Entscheidungsfindung über die von den Ministerien erarbeiteten Vorlagen im Deutschen Bundestag kann, wenn man die Zeit zwischen der abgeschlossenen Ressortabstimmung und der Verkündigung von Maßnahmen und Gesetzen betrachtet, nicht sehr viel gründlicher gewesen sein.

---

[2] Getroffene Maßnahmen im Geschäftsbereich des BMI, „Kurzdarstellungen wesentlicher Maßnahmen und Themenfelder“, zuletzt 20 Seiten.

Indirekt wird mit dieser Verfahrensweise die **Risikolage bei Kritischen Infrastrukturen** deutlich verschärft. Denn für das vielfach miteinander verwobene und stark interdependente Gesamtsystem von Kritischen Infrastrukturen sind Veränderungen a) sehr vieler gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, die b) innerhalb kurzer Zeit erfolgen und die c) nicht gründlich geplant und dann gut vorbereitet und planvoll realisiert werden, ein Problem. Es entsteht eine Dynamik von Wechselwirkungen, die schwer einzuschätzen ist. Der Aufwand, die Systemstabilität aufrecht zu erhalten, steigt. In der Konsequenz steigt die Verletzlichkeit unserer Gesellschaft und es werden natürlich mittelfristig die Preise für kritische Dienstleistungen steigen. Denn in der Regel werden alle zusätzlichen Aufwände (wegen neuer Vorschriften und Auflagen) von den Anbietern und Betreibern an die Kunden/Verbraucher weitergegeben (Strom, Gas, Wasser, Internet, …). Das wird schneller bei Leistungen privater Anbieter/Betreiber wirksam, aber auch die zusätzlichen Aufwände für staatliche Leistungen werden am Ende refinanziert werden müssen (z.B. über Steuererhöhungen oder Corona-Sonderabgaben).

6.7 Exkurs Exit-Strategien

Es soll eine exit-Strategie des BMI geben (wurde schon vor Wochen in der Presse bekannt). Gemeint ist der Ausstieg aus den Schutzvorkehrungen und Maßnahmen. Mit liegt sie nicht vor. Das bedeutet, ich kann sie nicht auswerten. Aber auch alle anderen Kollegen, die sie nicht kennen, können nicht damit arbeiten. Wenn sie verbindlich wäre, müsste sie als Vorgabe bekannt gegeben werden, damit das gesamte Krisenmanagement auf die gleichen Ziele hinarbeitet.

Wie sieht das aus der Sicht der Bevölkerung aus? Die Bevölkerung würde vielleicht hinterfragen, warum es eigentlich einer Strategie für den Ausstieg aus Maßnahmen bedarf? Sie müssten doch eigentlich nur beendet werden. Ist das überhaupt eine exit-Strategie, von der die Rede ist, oder ist es eine Strategie, bei der das Ziel darin besteht, den Zeitpunkt und die Dramaturgie des Ausstiegs z.B. nach politischen oder anderen Kriterien zu gestalten, zu dosieren und ggf. zu strecken? Es gäbe sicherlich Gründe und Interessen, den exit zu planen. Es kommt darauf an, welche Art von Interessen damit umgesetzt werden. Wenn es Minderheiteninteressen wären, die sich gegen die Interessen des Gemeinwohls durchsetzten, wäre das anders zu beurteilen, als wenn den Eigeninteressen der Gesellschaft zur Geltung verholfen würde. Wenn die Strategie zu einer Verschleppung des exits führen sollte, so könnte aus Bevölkerungssicht befürchtet werden, würde sich die Fallhöhe der Gesellschaft erhöhen und der Schaden der Bevölkerung wachsen. Da jeder Tag zählt und Menschenleben davon abhängen, sollte es erlaubt sein oder sogar geboten, die hier wirksamen Interessen genau zu untersuchen und zu hinterfragen – z.B. durch den Krisenstab BMI-BMG.

Aus professioneller Sicht des Bevölkerungsschutzes und der Katastrophenhilfe wäre sinnvoll und hilfreich gewesen, eine exit-Strategie zu haben, die ein Instrumentarium dafür bietet, den Zeitpunkt zu finden, zu dem die Kollateralschäden aus dem Ruder laufen und die zu erwartenden Gesundheitsschäden beginnen zu übertreffen. Das ist schwierig, weil man auf Prognosen angewiesen ist. Insofern kann es aber auch nicht schwieriger sein, als bei der Entscheidung zugunsten von einschränkenden Schutzmaßnahmen – auch die basieren auf nichts anderem als Vermutungen und Prognosen (siehe Auswertung der Beschlüsse der Regierungen von Bund und Ländern vom 22. März 2020 in diesem Papier), die mehr oder weniger plausibel sein können.

7. Gegenüberstellung von Vorwissen und realem Handling des Krisenmanagements 2020

Am Krisenmanagement war selbstverständlich nicht alles falsch (aber leider wesentliches). Wenn man einmal von der Gefährdungsanalyse absieht, hat die **Zusammenarbeit** der Ressorts untereinander und miteinander im Krisenmanagement recht gut funktioniert. Das gilt sowohl für die Bundesbehörden und als auch für die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern. Zwar agierten die einzelnen Bundesländer als Träger der wichtigsten konkreten Entscheidungen über Maßnahmen eigenständig und graduell differenziert, aber es kam nicht zu extremen Alleingängen einzelner Länder sondern bildete sich ein sehr ähnlicher, eher einheitlicher Umgang mit der Krise heraus.

In der gegenwärtigen Krise wurde vielfach das Agieren anderer Staaten als Vorbild oder Muster herangezogen, obwohl wesentliche Rahmenbedingungen nicht vergleichbar sind. DEU verfügt über eine sehr viel bessere Gesundheitsinfrastruktur als die meisten anderen Länder und hat insbesondere höhere Behandlungskapazitäten für hoch ansteckende, lebensbedrohliche Erkrankungen als jeder andere Industriestaat. Auch die Datenlage, die für die Ermittlung des Gefährdungspotentials wichtig ist, ist in DEU vergleichsweise umfangreich und detailliert. Das alles war dem BMI bei Ausbruch der Krise bekannt. Dennoch waren die Schutzmaßnahmen in DEU (im Vergleich zu anderen Industriestaaten) nicht etwa reduziert, sondern besonders umfassend.

- In der Corona-Pandemie 2020 wurde zwar von Anfang an auf die **Kompetenz von Fachleuten** zurückgegriffen. Allerdings sehr selektiv. Es wurden nur ausgewählte Fachleute angehört, nur deren Auffassungen wurde beachtet. Die Fachexpertise aus virologischen und immunologischen Spezialdisziplinen muss in die ganzheitliche Gefährdungsanalyse und –bewertung einer Pandemie unbedingt eingehen, sie muss in diesem Prozess jedoch mit anderen Faktoren abgeglichen werden. In der Coronakrise wurden vom professionellen Krisenmanagement fachlich einseitige, gefilterte Fachinformationen isoliert herausgegriffen und zum alleinigen Maßstab für jede erfolgte Intervention gemacht. Da nützen einem die besten Spezialisten nichts.

Sie kennen sich zwar in ihrem sehr begrenzten Kompetenzfeld gut aus, haben aber nicht die erforderliche Einsicht in die komplexen Rahmenbedingungen die darüber hinaus ein modernes Gemeinwesen prägen. In diesem Gemeinwesen sind Einflussgrößen aus sehr vielen weiteren Spezialgebieten wirksam. Wie konnte das Krisenmanagement annehmen, dass die medizinischen Experten des RKI dies überblicken? Die Kollegen des RKI konnten von den Anforderungen und den Erwartungen, die in der Krise an sie gerichtet wurden, nur hoffnungslos überfordert sein.

- Ein Blick in die Beschreibung der Methode der Risikoanalyse macht die Unbrauchbarkeit der Risikobewertung durch RKI deutlich:

> *„Bei der Risikobewertung handelt es sich um eine deskriptive, qualitative Beschreibung. Denn für die verwendeten Begriffe "gering", „mäßig", „hoch" oder „sehr hoch" liegen keine quantitativen Werte für Eintrittswahrscheinlichkeit oder Schadensausmaß zugrunde. Allerdings werden für die Schwerebeurteilung (= Schadensausmaß) genutzten drei Kriterien bzw. Indikatoren (Übertragbarkeit, Schwereprofil und Ressourcenbelastung) mit jeweils quantifizierbaren Parametern beurteilt."*
> (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung_Grundlage.html)

- Das heißt, die Kanzlerin und die MP der Länder haben ihre weitreichenden Maßnahmen auf der Basis einer Risikobewertung getroffen, die Risiken nach in die qualitativen Kriterien gering, mäßig und hoch beschreibt, ohne jede Größendimension. Die Bewertung der Gefährlichkeit der Pandemie für unser Land bemisst das RKI nach der Übertragbarkeit des Krankheitserregers, nach der Zahl von Infektionen und nach dem Schwereprofil (u.a. Anteil Tote). Gesundheitsschäden durch Kollateralschäden sind für RKI kein Kriterium, sie werden nicht erwähnt, obwohl dadurch größere Mengen an Todesfälle entstanden sind, als durch Covid-19 (siehe Anlage zur Kurzfassung).

- Im Falle der Corona-Epidemie sind von der beteiligten Wissenschaft neben bewiesene Wahrheiten auch Meinungen, Interpretationen und Prognosen bezogen worden, denn auch die werden von einem verantwortungsbewussten Krisenmanagement benötigt. Diese spekulativen Elemente (Vermutungen) waren sogar in wesentlichen Entscheidungen handlungsleitend für das Krisenmanagement, insbesondere bei den Entscheidungen über die für Bevölkerung und Wirtschaft belastende Schutzmaßnahmen und solche Maßnahmen, die sich problematisch auf das Sicherheitsniveau unserer Kritischen Infrastrukturen auswirken.

- In dem Pool sämtlicher Prognosen, Meinungen und Interpretationen dieser Welt, gibt es solche, die sich im Nachhinein als näher oder weiter entfernt von der Wahrheit erweisen werden. Im Falle der Bewertung der Gefahren des Corona-Virus für unsere Gesellschaft werden wir das vermutlich in spätestens fünf Jahren zuordnen können. Um heute im Krisenmanagement die besten Entscheidungen treffen zu können, müssen wir möglichst viele verschiedene Meinungen, Interpretationen und Prognosen anhören und sie sorgfältig abgleichen. Viel mehr als eine Plausibilitätsprüfung werden wir nicht leisten können, aber die muss umso konsequenter durchgeführt werden. Denn jede Prognose kann falsch sein, und wenn wir aufgrund voreiliger Limitierungen

nur solche Prognosen heranziehen, die sich im Nachhinein als falsch erweisen werden, wird das im Falle dieser Coronal-Krise schlimme Folgen für unsere Gesellschaft haben. Es kommt also bei der Auswahl sehr ernsthaft zu erwägender Prognosen grundsätzlich nicht darauf an, wie beliebt eine bestimmte Prognose in bestimmten Kreisen ist, wie bequem oder opportun sie für bestimmte politische oder auch parteipolitische Ziele erscheint, und auch nicht, wie viele Menschen sie für am wahrscheinlichsten halten, sondern ob wir genau diejenige Prognose(n) in unseren Abgleich einbezogen haben, die der Wahrheit am Ende am nächsten gekommen sein wird. Das heißt, es müssen alle Theorien geprüft werden, auch die auf den ersten Blick abwegigen, denn auch unter ihnen kann am Ende der Treffer (der später erkennbaren Wahrheit) sein. Das Krisenmanagement kann einen unvermeidbaren Fehler machen, indem es seine Entscheidungen auf eine zwar plausible aber falsche Prognose stützt. Das Krisenmanagement kann aber auch einen vermeidbaren Fehler machen, indem es Prognosen versäumt in die ernsthafte Plausibilitätsprüfung einzubeziehen, unter denen (im Moment unerkannt) die richtige ist.

- Ein Sicherheitskonzept kann nur dann als wissenschaftlich begründet und optimiert gelten, wenn es den Selektionsprozess von Theorien nicht vorzeitig schließt, sondern auch in der sich entwickelnden Krise noch laufend offenhält. Mit Blick auf die breite Fachdiskussion im Internet und die darin diskutierten vielfältigsten Thesen, und im Vergleich dazu das enge Spektrum der im Krisenmanagement einbezogenen Thesen, müssen Zweifel daran bestehen, ob die Vorgabe der Wissenschaftlichkeit in der Corona-Krise ausreichend realisiert wird.

- Die Auswahl der einbezogenen Wissenschaftler scheint einseitig zu sein. Die starke Fixierung auf das Robert-Koch-Institut (RKI) und teils massive Abwertung von wissenschaftlichen Gegeneinschätzungen durch RKI sowie die Öffentlichkeitsarbeit der BReg führen dazu, dass nicht alle wissenschaftlichen Meinungen ausreichend berücksichtigt werden.

- Bei dem Bemühen des Krisenmanagements um eine Bewältigung der Virus-Infektion wurden Maßnahmen getroffen, die im Verlaufe der Krise zu einer eigenständigen Gefahr geworden sind. Wir haben es in der Corona-Krise also mit zwei Gefahren zu tun, die wir bewerten müssen, für die wir eine Risikoeinschätzung vornehmen müssen.

- Die Bedeutung von Ursache Wirkungsbezügen wurde in der Aufarbeitung des Wissensstandes dargelegt. In der Coronakrise haben sich in der Arbeit des Krisenstabs erhebliche Probleme offenbart, in der Gefahrenanalyse Ursache-Wirkungs-Bezüge zu erkennen und folgerichtig auszuwerten. Insbesondere die langfristigen Auswirkungen auf das Resilienz- und Sicherheitsniveau der Versorgung mit kritischen Dienstleistungen blieben unbeachtet, bzw. wurden von anderen Aspekten dominiert. Tatsächlich haben das Fachreferat KM4 und die nachgeordnete Behörde BBK Auswirkungen im KRITIS-Bereich erfasst. Allerdings wurden

überwiegend nur Zustands- und Lageerhebungen zu aktuellen Zeitpunkten durchgeführt, Prognosen wurde nicht abgegeben. Das geschah auch in dem gemeinsamen Melde und Lagezentrum von Bund und Ländern, das vom BBK betrieben wird. Aus diesem Kontext wurde in den Krisenstab hinein unregelmäßig berichtet, schließlich stoppte der Krisenstab die Lieferungen und verzichtet seither ganz darauf, obwohl gerade die Entwicklung bei Kritischen Infrastrukturen zu den potentiell auswirkungsstärksten Bereichen gehört und viele absehbare Auswirkungen erst mit zeitlichem Verzug, aber dann unaufhaltsam eintreten.

- Wichtig wäre eine Prognose über zu erwartende Ausfälle im KRITIS-Bereich gewesen und natürlich eine Betrachtung des Gesamtgeschehens im KRITIS-Bereich. Es wäre nicht nur erforderlich gewesen, eine umfassende Bewertung der Krisendynamik im KRITIS-Kontext eigeninitiativ zu erstellen und dem Krisenstab zur Verfügung zu stellen, sondern auch, dass der Krisenstab selbst diese Prognose und Einschätzung anfordert. Beides ist so gut wie nicht geschehen. Die Analysen, die im zuständigen Fachreferat KM4 dazu gefertigt wurden, wurden nicht beachtet und nicht weiter transportiert. Der Mitarbeiter, der laufend dazu Analysen geschrieben und Anforderungen formuliert hatte (und diesen Bericht verfasst hat), wurde nicht in das Krisenmanagement eingebunden, so dass seine Möglichkeiten, im Verlaufe der Krise zu überprüfen, ob die Belange des KRITIS-Schutzes ausreichend beachtet wurden, schließlich kaum mehr gegeben war – Protokolle von Krisenstabssitzungen und interne Strategiepapiere wurden zu Beginn der Krise noch so weit gestreut, dass auch KM 4 stets informiert war, später wurden nur noch Auszüge verschickt, die Anbindung an das strategische Gesamtvorgehen wurde immer spärlicher. Das ist absolut unverständlich angesichts der Tatsache, dass das reibungslose Funktionieren Kritischer Infrastrukturen von allerhöchster Priorität sein müsste.

- Timing des deutschen Krisenmanagements: Nicht zuletzt aufgrund der fehlerbehafteten Gefahrenbewertung kam das deutsche Krisenmanagement mit seinen Aktivitäten bisher in jeder Phase der Coronakrise zu spät, es schiebt von Anfang an eine überdimensionale Bugwelle von überfälligen Entscheidungen vor sich her. Im Januar 2020 wurde versäumt, sich intensiv mit dem Virus in China auseinander zu setzen, im Februar wurde unterlassen, Maßnahmen gegen eine Pandemie vorzubereiten und im März hat man darauf verzichtet, eine aussagekräftige Daten für eine belastbare Gefahrenanalyse und –bewertung zusammen zu tragen. Diese Bugwelle gilt es jetzt abzubauen, denn im April steht offenkundig auf der Agenda der notwendigen Taten, die stark in das öffentliche und private Alltagsleben und die Rechte der Betroffenen eingreifenden Maßnahmen aufzuheben, insbesondere
    - Kontaktverbote
    - harte Wirtschaftsrestriktionen
    - das Aussetzen des öffentlichen Lebens.

- Heute wird sich vermutlich nachteilig auswirken, dass die Arbeiten an einer erneuerten KRITIS-Strategie, trotz zeitig erfolgtem Arbeitsauftrag der BMI Hausleitung (in 2015), jahrelang so erfolglos betrieben wurden. Die strategische Neuausrichtung und die konkretere programmatische Ausgestaltung hätte unserem Land ein solides Fundament schaffen können, um in einer Krise mit konkreten Maßnahmen schnell nachzusteuern und das Sicherheitsniveau bestmöglich zu sichern. Da dies nicht geschehen ist, wird die Aufgabe jetzt doppelt so schwierig.

- Rückschlüsse aus der Risikoanalyse von 2012, die nicht ausreichend beachtet wurden:

  - Eine wichtige Erkenntnis aus der Risikoanalyse 2012, dürfte sein, dass bei jeglichen Maßnahmen stets mitgedacht werden muss, dass sich die ersten Warnmeldungen als Fehlalarm herausstellen könnten. Denn wirksamen und umfassenden Schutzmaßnahmen wohnt ein gewaltiges eigenes Schadpotential inne (als Kollateralschaden). Dieses Schadpotential entfaltet vor allem bei einem Fehlalarm und Überschätzung der gesundheitlichen Gefahren seine fatale ironische Wirkung.

  - Aus der Risikoanalyse hätte eine Sensibilisierung für das Problem der Kollateralschäden erwachsen müssen, insbesondere im Fall eines Fehlalarms oder einer zu hohen Gefahreneinschätzung. - Und das umso mehr, je mehr ein Krisenmanagement die Nachlässigkeit begeht, einseitig bei den gesundheitlichen Gefahren auf Nummer Sicher zu gehen, und die Gefahren, die von den eigenen „Schutzmaßnahmen" ausgehen, nicht angemessen zu berücksichtigen und jede Kritik an der eigenen Arbeit statt zu überprüfen, zurück zu weisen. In diesem Fall können aus staatlichen Schutzmaßnahmen, staatliche Schädigungsmaßnahmen werden. 2020 haben wir noch die Chance, die Strategie nachzujustieren und gemachte Fehler zu begrenzen.

  - Fehler werden in einem komplexen Krisengeschehen immer gemacht. Es kommt darauf an, wie mit den Fehlern umgegangen wird und ob noch im laufenden Verfahren flexibel nachanalysiert und die Strategie wo nötig korrigiert wird. Im Übrigen gibt es vermeidbare und unvermeidbare Fehler. Bei unzureichender Datenlage diejenige Auswahlentscheidung zwischen zwei ähnlich plausiblen Handlungsoptionen zu treffen, die sich im Nachhinein als falsch erweist, ist ein unvermeidbarer Fehler. Sich nicht ausreichend sorgfältig und vorausschauend um aussagekräftige Daten für eine plausible Risikoeinschätzung zu kümmern und dann falsche Entscheidungen zu treffen, ist ein vermeidbarer Fehler, der zu einem unverzeihlichen wird, wenn, um das Gesicht zu wahren an falschen Entscheidungen festgehalten wird.

  - Auch für die Möglichkeit, dass es eine Fehlmeldung vorliegt, muss ein Krisenmanagement laufend eine Plausibilitätsprüfung vornehmen, und

umsteuern, sobald der Fehlalarm in den zyklischen Überprüfungen als die plausiblere Wahrheit zu erkennen ist.

- In der 2012er Risikoanalyse heißt es im Szenario: „*Neben der Information der Bevölkerung **treffen <u>die Behörden</u>, aufbauend auf bestehenden Plänen und den Erfahrungen aus der Vergangenheit, Maßnahmen zur Eindämmung und Bewältigung des Ereignisses**. **Krisenstäbe** werden zeitnah einberufen und **übernehmen die <u>Leitung und Koordination der Maßnahmen</u>**.“*

  Die Realität 2020 sieht etwas anders aus. Nicht die Behörden treffen Maßnahmen, nicht die Krisenstäbe übernehmen Leitung und Koordination der Maßnahmen, sondern die Politik trifft die Entscheidungen und die Krisenstäbe finden gute Begründungen dafür. Auch das ist ein Problem des Krisenmanagements in der Coronakrise. Die Rolle der Bundeskanzlerin und der Ministerpräsidenten der Länder, die über keine Kompetenz und Erfahrung in der operativen Entscheidungsfindung in komplexen Krisensituationen haben (fachlich ohnehin eher nicht) und diese gar nicht haben können, führen das Heft.

  Damit kommt das administrative und ministeriale Rollenmodell zur Wirkung. Es ist dann kaum noch möglich, eigene Impulse von den Behördenapparaten zu erwarten. Die Behörden und Ministerialen spielen die Rolle, die sie immer spielen weiter, sie versuchen so gut es geht zu erraten, was die politische Führung glaubt und anstrebt und orientiert das eigene Veralten vollständig an diesen Projektionen.

  Für den Bereich des Trinkwassers wurden trotz der Benennung von Lieferengpässen und Lieferketten als Schlagworte nicht vorausgesehen, dass beim Fehler einzelner Komponenten ganze Systeme wegbrechen können. Das, was sich aktuell als Problem bei der Trinkwasserversorgung abzeichnet ist eine neue Erfahrung, für die es keine fertige Lösung aus den Übungen und Simulationen gibt. Dieses Problem muss on the job gelöste werden – mit den Leuten, die dazu in der Lage sind.

- Problematisch ist, dass wir es mit einem komplexen System von Kritischen Infrastrukturen in DEU zu tun haben, das beim Ausfall nur einer einzigen wesentlichen Komponente, den Rest des Systems ebenfalls zum Kollabieren bringen kann. Wenn die Stromversorgung flächendeckend und länger anhaltend ausfällt, nützt uns die weltbeste IT-Sicherheit nichts. Wenn das Internet nicht wie gewohnt verfügbar ist, ist mit einer ähnlichen Kaskade zu rechnen. Ähnliches gilt für die Trinkwasserversorgung und die Nahrungsmittelversorgung. Demgegenüber hätte realistisch betrachtet der Tod von 200.000 Einwohnern (zufälliger Wert) durch einen neuen Krankheitserreger, oder

sogar der Tod von 1 Mio. Einwohnern im Rentenalter, kaum Auswirkungen auf die Versorgung mit Kritischen Dienstleistungen – sowie die Funktionsfähigkeit des innerstaatlichen Wertschöpfungsprozesses, die internationale Wettbewerbsfähigkeit und die Stabilität der staatlichen Ordnung). Damit wird keine Bewertung von Menschen vorgenommen, sondern Funktionen, Wirkungsweisen und reale Konsequenzen werden veranschaulicht.

Wenn (ursprünglich) gesundheitliche Schutzmaßnahmen wie die der laufenden Corona-Pandemie, zu einer Destabilisierung des Systems Kritischer Infrastrukturen führen, kann das hingegen den Exitus unserer gesamten Gesellschaft bedeuten mit zig Millionen Toten (vgl. Blackout der Stromversorgung) und natürlich der Aufhebung jeglicher, nicht nur der staatlichen, Ordnung. Insofern ist es für das Krisenmanagement unverzichtbar, die bereits eingetretenen, und die noch möglichen Auswirkungen der Schutzmaßnahmen umfassend und objektiv zu erheben, um die Gefahren von a) Erkrankungen und b) Schutzmaßnahmen vergleichen zu können und optimal darauf zu reagieren.

- Die Rolle der Bundeskanzlerin, die einer gesonderten Untersuchung bedarf, war vielfach nicht transparent, vielleicht sogar missverständlich, aber bei den Medien und der Bevölkerung kam das Agieren der Kanzlerin gut an. Dieser Komplex müsste aus drei Gründen näher untersucht werden: 1. Publikumsgefallen ist keine Garantie und noch nicht einmal überhaupt ein Kriterium für richtige Entscheidungen. Mit ihm kommt ein sachfremder Motivator ins Spiel, der anfällig für Fehlentscheidungen macht. 2. Übergroße Zustimmung und Akzeptanz selbst für Unsinn erzielen zu können, birgt eine große Gefahr für unser Gemeinwesen in sich. 3. Die nahezu durchgängige positive Resonanz der Medien insbesondere auf jegliche Aktivität der Bundeskanzlerin, egal was sie gerade ankündigte und wie und mit welchem Timing sie ihre Haltung zu bestimmten Fragen als alternativlos darstellte oder auch änderte, bestätigt leider negative Vorurteile über die Presse. Als Korrektiv für Fehlentwicklungen z.B. in einem suboptimalen Krisenmanagement scheint der übergroße Teil der (freien) Presse mehr oder weniger unbrauchbar. Aus gesamtstaatlicher Sicht muss das als Warnsignal angesehen werden. Es empfiehlt sich sehr, bei künftigen Anpassungen der rechtlichen oder Rahmenbedingungen auf eine wieder größere Unabhängigkeit und Kritikfähigkeit hinzusteuern. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Presse die Regierung geschlossen massiv einseitig und ungerecht kritisierte, und durch ihren Einfluss eine politische Machtveränderungen einfach auslösen könnte, dürfte gegen null gehen. Die Gefahr, dass die Bevölkerung alles glaubt, was sie von den meisten Medien serviert bekommt, und sich dies unkritisch zu eigen macht, liegt sehr hoch.

- Bei der Risikoanalyse aus 2012 wurde der simulierte Pandemieverlauf vom RKI beigesteuert. Die Daten waren als Fakten für das Planspiel gesetzt, sie wurden nicht hinterfragt. Für ihr genaues Zustandekommen musste sich niemand der Übungsbeteiligten interessieren. Für ein Planspiel, in dem eine einzige konkrete

Fallkonstellation hypothetisch durchgespielt werden soll, ist das eine praktikable Begrenzung ansonsten unzähliger möglicher Fallkonstellationen. In der Coronakrise hat sich das Krisenmanagement wie in einer Übung verhalten, es hat die Zulieferungen von hochspezifischem fachlich-medizinischen Input inhaltlich nicht mehr hinterfragt. Gegen Vorschläge, Anregungen und Forderungen von außen hat man sich abgeschottet.

- Da nun alle Maßnahmen und alle Öffentlichkeitsarbeit (Krisenkommunikation) auf einseitigem oder suboptimalem fachlichen Input beruht, sind leider alle Maßnahmen und Entscheidungen des Krisenmanagements potentiell suboptimal. Das bedeutet auch, dass in der größten Krise, die die Bundesrepublik je erlebt hat, der Staat potentiell der größte Produzent von fake news war, gegen die er gerade in der Krise vorzugehen propagierte. <u>Damit hat er dazu beigetragen, dass ein wichtiges Unterstützungspotential zur Bewältigung der Krise blockiert wurde.</u>

- Die zwei Vorteile der Lage:

  1. Wir haben gerade Erfahrungen mit einer Krise gesammelt. Wenn wir diese Erfahrungen zeitnah aufarbeiten, können wir von den gemachten Fehlern noch lernen.
  2. Während wir bei der Coronalkrise mit einer Gefahr zu tun hatten, deren Wirkmechanismen und Ursprünge wir nicht kannten, verfügen wir bei den neuen Gefahren für die Kritischen Infrastrukturen (und darüber hinaus) über das volle Wissen der auslösenden Momente und haben größtmögliche Kontrolle über die in der Krise in Gang gesetzten Instrumente.

8. Zwischenauswertung

Die vom Krisenmanagement zugrunde gelegte Datenbasis war und ist ungeeignet zur Bewertung der Gefahrenlage für unsere Gesellschaft. Die Fixierung auf gesundheitliche Parameter verstellte den Blick auf weitreichende Auswirkungen in anderen gesellschaftlichen Bereichen.

Insbesondere eine systematische Erhebung der langfristigen Gefährdungslage im komplexen Gesamtsystem **Kritischer Infrastrukturen** hat in der Lageberichterstattung, die Grundlage von Entscheidungen war, nicht stattgefunden. Die Befassung mit einer Fülle an punktuellen Einzelmeldungen aus den Branchen und Sektoren, sowie das akribisch-formalistische Abarbeiten von zahlreichen Zuschriften/Einzelanfragen von Lobbygruppen und potentiellen KRITIS-Betreibern im Tagesgeschäft des Krisenstabs konnten dieses Defizit nicht auffüllen, sondern scheinen die strategische Arbeit der Gefahrenanalyse und –bewertung und die Abwägung von Entscheidungen über Maßnahmen limitiert zu haben.

Angesichts des (von mir ausführlich dargelegten) breiten Erfahrungsschatzes aus groß angelegten Pandemieübungen und Risikoanalysen, und angesichts der umfänglichen Erkenntnisse, die der Bevölkerungsschutz in den zurückliegenden Jahren konzeptionell und systematisch erarbeitet hat, müssen die schweren Versäumnisse bei der Gefahrenanalyse und –bewertung als methodisch-handwerkliche Fehlleistungen des Krisenmanagements betrachtet werden. – Allerdings haben wir darüber hinaus eine Dynamik erlebt, die auch auf (aus heutiger Sicht vielleicht suboptimale) rechtliche Rahmenbedingungen zurückgeführt werden muss. Diese haben einen Automatismus ausgelöst, der alleine mit guten Willen kaum mehr gebremst werden konnte und uns noch immer hemmt.

Die beobachtbaren Defizite im Krisenmanagement schlagen sich in der Konsequenz unmittelbar in einer stark gestiegenen Gefahrenlage bei den Kritischen Infrastrukturen nieder (siehe Kapitel 10).

Da sich das aktuelle Krisengeschehen in einem Transformationsprozess befindet, in dem es übergangslos von der einen in die nächste und voraussichtlich länger anhaltende Krise übergeht, erscheint dringend notwendig, die erste Phase bereits jetzt gründlich aufzuarbeiten. Die vorliegende Analyse behandelt schwerpunktmäßig die Aspekte „Schutz Kritischer Infrastrukturen“ und „Gefahrenbewertung“. Dies wäre ein Baustein neben anderen, die in der Auswertung einbezogen werden müssten.

Es kann nicht darum gehen, vom Krisenmanagement hellseherische Fähigkeiten zu erwarten und es danach zu bewerten, ob es unvorhersehbare Risiken vorab richtig eingeschätzt hat. Vielmehr müssten alle vorgesehenen Verfahrensschritte sorgfältig beachtet werden und alle möglichen Optionen genutzt werden, um die Gefahren so genau wie möglich zu ermitteln. Das ist umso dringlicher geboten, als jedem Mitglied des Krisenmanagements spätestens im Laufe der Krise bewusst gewesen sein muss, welche schwerwiegenden Schäden unserer Gesellschaft durch die Schutzmaßnahmen entstehen würden und nunmehr tatsächlich entstehen. Das gilt für jeden einzelnen Tag, der ohne Veränderungen ins Land geht.

9. Beschluss der Kanzlerin mit den Länderchefs am 22. März 2020 im Kontext der Ergebnisse dieser Analyse

Da die politische Spitze keine anderen Entscheidungen treffen kann, als im Vorbereitungsprozess durch das Krisenmanagement erarbeitet worden sind, wurden die Defizite des Krisenmanagements in den politischen Raum übertragen. Beispielhaft zeige ich diesen Effekt an den Beschlüssen der Bundeskanzlerin mit den Ministerpräsidenten der Länder am 22. März 2020.

Die einzige Begründung, die die Regierungschefs von Bund und Ländern für die von ihnen verfügten Maßnahmen und Einschränkungen von Rechten angeben, ist, dass die rasante

Verbreitung besorgniserregend sei. Es wird nicht dargelegt, wie die Gefahr von der Bundesregierung oder den Länderregierungen oder sonstigen Stellen (z.B. Krisenstäbe, RKI, …) eingeschätzt wird. Es wird überhaupt nichts zur Gefährlichkeit des Coronavirus gesagt.

> *„Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder fassen folgenden Beschluss: Die rasante Verbreitung des Coronavirus (SARS-CoV-2) in den vergangenen Tagen in Deutschland ist besorgniserregend. Wir müssen alles dafür tun, um einen unkontrollierten Anstieg der Fallzahlen zu verhindern und unser Gesundheitssystem leistungsfähig zu halten. Dafür ist die Reduzierung von Kontakten entscheidend,“* Quelle: Protokoll der Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 22. März 2020 https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/1733246/e6d6ae0e89a7ffea1ebf6f32cf472736/2020-03-22-mpk-data.pdf?download=1

Das Ziel, einen unkontrollierten Anstieg von Fallzahlen zu verhindern, ist eine Aussage, bei der nicht erkennbar wird, was genau sich dahinter verbirgt. Alle möglichen Fragen bleiben unbeantwortet, z.B. was mit Fallzahlen gemeint ist, und was die Fallzahlen über die Gefährlichkeit aussagen.

Auch die Qualifizierung der Ausbreitungsgeschwindigkeit als *„rasant“*, ist fragwürdig. Das kann sich nur auf eine Mikrobetrachtung beziehen. Zu dem Zeitpunkt des Beschlusses lagen – bezogen auf den Gesamtstaat, für den Maßnahmen verfügt wurden – keine Belege für eine gefährliche Verbreitung vor. Die Ausbreitungsgeschwindigkeit auf diesem Niveau kann kein Ersatz- oder Hilfskriterium für Gefährlichkeit sein. Es gab laut Lagebericht des RKI vom 22.3.20 nur 18.610 bestätigte „Fälle“ (0,2 Promille der Bevölkerung), und 55 Verstorbene (0,0006 Promille der Bevölkerung).

Die Regierungschefs nennen zwei Ziele zur Abwehr der befürchteten Gefahr:

1. Verhindern eines unkontrollierten Anstiegs der Fallzahlen sowie
2. Erhalten der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems.

Eines dieser zunächst gleichrangig genannten Ziele hatte offenbar Priorität: die Kontrolle des Fallzahlenanstiegs. Die Auswirkungen der ergriffenen Maßnahmen auf das Gesundheitssystem als Ganzes wurden im Krisenmanagement weder gesondert nachgehalten (z.B. im Monitoring des Krisenstabs BMI-BMG), noch wurde darauf besondere Rücksicht genommen: z.B. wurde mit den dann konkret ausgeformten Vorschriften in Kauf genommen, dass abgesagte oder verschobene OPs zu Schäden und Todesfällen führen würden und u.a. die Kliniken und Reha-Einrichtungen um ihr wirtschaftliches Überleben kämpfen müssen – mit entsprechenden Konsequenzen für die Versorgungskapazitäten.

In dem Beschluss wird eingeräumt, dass einschneidende Maßnahmen getroffen werden. Es wird erklärt, dass der Grund darin läge, dass sie mit Blick auf das zu schützende Rechtsgut

der Gesundheit der Bevölkerung verhältnismäßig seien, obwohl eine seriöse Verhältnismäßigkeitsprüfung gar nicht durchgeführt wurde.

Nach den Erkenntnissen der vorliegenden Analyse kann keine belastbare Verhältnismäßigkeitsprüfung durchgeführt worden sein und auch die Notwendigkeit nicht erwiesen gewesen sein, da nicht einmal eine belastbare Gefahreneinschätzung vorgenommen wurde.

> *„Bund und Länder werden bei der Umsetzung dieser Einschränkungen sowie der Beurteilung ihrer Wirksamkeit eng zusammenarbeiten. Weitergehende Regelungen aufgrund von regionalen Besonderheiten oder epidemiologischen Lagen in den Ländern oder Landkreisen bleiben möglich. Bund und Länder sind sich darüber im Klaren, dass es sich um sehr einschneidende Maßnahmen handelt. Aber sie sind notwendig und sie sind mit Blick auf das zu schützende Rechtsgut der Gesundheit der Bevölkerung verhältnismäßig.*
>
> *Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder danken insbesondere den Beschäftigten im Gesundheitssystem, im öffentlichen Dienst und in den Branchen, die das tägliche Leben aufrecht erhalten sowie allen Bürgerinnen und Bürgern für ihr Verantwortungsbewusstsein und ihre Bereitschaft, sich an diese Regeln zu halten, um die Verbreitung des Coronavirus weiter zu verlangsamen.“*
>
> Quelle: Protokoll der Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 22. März 2020 https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/1733246/e6d6ae0e89a7ffea1ebf6f32cf472736/2020-03-22-mpk-data.pdf?download=1

Die Inhalte des Beschlusses wurden auch in einfacher Sprache verbreitet. Auch darin ist nicht von einer Gefahr die Rede, sondern von einer *„sehr ernsten Situation“*.

> *„Das Corona-Virus verbreitet sich sehr schnell in Deutschland.*
>
> *Das ist eine sehr ernste Situation.*
>
> *Die Verbreitung vom Corona Virus muss unbedingt gestoppt werden.*
>
> *Deshalb gibt es Regeln, wie sich die Menschen in Deutschland verhalten müssen. Die Regeln gelten bis zum 19. April.“*
>
> Quelle: Bundesregierung im Internet. In einfacher Sprache: https://www.bundesregierung.de/breg-de/leichte-sprache/regeln-zum-corona-virus-vom-22-maerz-2020-1733310

Fazit – auf der Basis der in dieser Analyse gewonnenen Erkenntnisse – :

Die Maßnahmen waren nicht begründet.

10. Aktuelle und perspektivische Auswirkungen auf den Bereich der Kritischen Infrastrukturen

10.1 IT-Sicherheit

Auswertung der „IT-Sicherheitslage“, Ausgabe April 2020

In die Lageberichte des Krisenstabs sind Themenbereiche aufgenommen worden, die eigentlich nicht zwingend nötig gewesen wären (Extremismus, Internationale Politik). Andere Bereiche, die für die Beurteilung der Gefahrensituation für unsere Gesellschaft essentiell sind, werden weiterhin nicht beachtet. Dazu die IT-Sicherheit, die im BMI ressortiert. Der reguläre Monatsbericht des BSI erschien am 22. April, er macht eindeutige Aussagen zum Coronakontext. Es wird deutliche gemacht, dass die Resilienz im IT-Bereich gesunken ist und der Erfolg von Angriffen immer wahrscheinlicher wurde. Selbst Unternehmen oder Einzelpersonen, die ihre IT-Sicherheit normalerweise gut im Griff haben werden von den neuen Anforderungen an die IT überfordert, vernachlässigen Sicherheitsregeln und gehen zusätzliche Risiken ein. Diese Situation wird von Angreifern gezielt ausgenutzt.

IT-Sicherheitslage, BSI, Ausgabe April 2020, Berichtszeitraum: März 2020, erschienen am 22. April 2020

> ***„Auswirkungen und Vorfälle auf die IT im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie:*** *Die Auswirkungen von SARS-CoV-2 durchdringen mittlerweile alle Lebensbereiche und betreffen damit auch die Informationstechnologien. Die aktuelle Gesamtlage führt dazu, dass auch eine normalerweise gut aufgestellte Organisation sich von einem erfolgreichen Cyber-Angriff mit höherer Wahrscheinlichkeit nur schlecht oder gar nicht mehr erholen kann. Falls ein solcher Angriff auf eine für die Bewältigung der Pandemie wesentliche Organisation gelingt, können die daraus erwachsenden Konsequenzen beispiellose Auswirkungen auf die Bevölkerung und die Wirtschaft haben. Darüber hinaus können die hier ausgeführten und weiteren Kampagnen auch Einzelpersonen in einer besonders angespannten Lage treffen und gravierendere Auswirkungen haben, als bisher üblicherweise beobachtet wurde. Es ist anzunehmen, dass Angreifer auch im nächsten Berichtszeitraum ihre Kampagnen im Kontext von COVID-19 fortsetzen und weiterentwickeln.“* (IT-Sicherheitslage, BSI, Ausgabe April 2020, Berichtszeitraum: März 2020, erschienen am 22. April 2020)

Das BSI diagnostiziert einen Ausnahmenzustand in der Gesellschaft, der Angst und Panik begünstigt.

- *„Die COVID-19-Pandemie hat einen Ausnahmezustand hervorgerufen, der Angst, Verunsicherung und Panik in der Gesellschaft und Wirtschaft begünstigt, was wiederum von Angreifern ausgenutzt werden kann*

- *Durch die häufig abrupte Verlagerung von Beschäftigten und Geschäftsprozessen ins Home-Office wird in zahlreichen Fällen die IT-Sicherheit zugunsten eines ad hoc funktionierenden Home-Office vernachlässigt*
- *IT-Fachpersonal und IT-Sicherheitsdienstleister sind durch die geltenden Beschränkungen nicht im normalen Umfang oder nur mit erhöhtem Aufwand verfügbar.*
- *Aufgrund der wirtschaftlichen Folgeerscheinungen der Pandemie sind bei vielen Unternehmen die finanziellen und infrastrukturellen Sicherheitsvorkehrungen, um beispielsweise mit einem Cyber-Angriff umzugehen, bereits ausgereizt*
- *Der veränderte Einsatz der IT-Infrastruktur durch eine Verlagerung ins Home-Office erschwert die Unterscheidung von regulärem Nutzerverhalten und Angriffen“* (ebd. Seite 5)

BSI geht davon aus, dass mit den vermehrt aufgekommenen spezifischen Covid-19 Angriffe noch längere Zeit zu rechnen ist.

10.2. Gefährdungen im Bereich der Trinkwasserversorgung

Die Trinkwasserversorger und ihre Verbände werden seit den ersten großen Einschränkungen laufend im BMI vorstellig und bitten um schriftliche Bestätigung, dass sie als KRITIS-Betreiber besonders wichtig sind und daher beim Bezug und der Belieferung von bestimmten Produkten bevorzugt behandelt werden müssten, ihr Personal arbeiten können muss und alle notwendigen Ausnahmengenehmigungen erhält, viele Einschränkungen für sie nicht gelten sollen, usw., weil sie sonst ihre Kritischen Dienstleistungen nicht mehr zuverlässig liefern können – die Versorgung mit dem wichtigsten, was der Mensch zum nackten Überleben braucht, dem Trinkwasser. Der Bund und die Länder waren relativ großzügig mit generellen Bestätigungen der hohen Bedeutung der Absender. Teilweise hat das sogar Rechtsfolgen, die für die jeweiligen Kolleginnen und Kollegen nicht absehbar waren, die die Briefe beantworteten. Denn der Bund hat keine Kompetenzen, eine Priorität rechtsverbindlich und mit Folgewirkung festzustellen. Zuständig sind die Länder.

Der Bund verwies daher überwiegend an die Länder, mit manchen Lobbygruppen wie der Jagd-Lobby ging die Korrespondenz und das Gerangel und Gefeilsche um Sonderrechte auf allerhöchster Ebene munter weiter. Auf jeden Fall wurden und werden immer noch sehr viele freundliche und verständnisvolle Briefe im Namen der Ministers, der Hausleitung oder des Krisenstabs geschrieben, die viele Mitarbeiter des BMI und seiner nachgeordneten Behörden sehr stark beschäftigt und ausgelastet haben. Viele Überstunden mussten gemacht werden, jeder hielt sich und was er macht für wichtig. Die Kollegen sind wichtig, aber das ändert nichts daran, dass zentrale Essentials der Krisenbewältigung vernachlässigt wurden.

Inzwischen schickt der BDEW, einer der großen Verbände der Trinkwasserbranche, seine Lageberichte an den Bundes-Krisenstab (am 7.4. und 16.4.) und denen ist zu entnehmen, dass aufgrund der Unterbrechung von Lieferketten bestimmt Produkte und Materialien künftig

nicht oder nur eingeschränkt verfügbar sein werden, die für die störungsfreie Versorgung mit frischem Trinkwasser unverzichtbar sind.

Die Lage bei der Kritischen Infrastruktur Trinkwasserversorgung ist keine Ausnahme. Allen anderen Kritischen Infrastrukturen geht es ähnlich. Wir stehen vor einer Situation, in der einzelne Kritische Dienstleistungen – örtlich oder überregional, kurz-, mittel- oder langfristig, kompensierbar oder nicht kompensierbar – nicht mehr wie gewohnt zur Verfügung stehen werden.

Wie bereits aufgezeigt, sind die Kritischen Infrastrukturen ein Gesamtsystem, dass nur so stark ist, wie jede einzelne Komponente für sich betrachtet. Diese besondere Bedeutung scheinen auf den ersten Blick nur einige herausragende Kritische Produkte zu haben, wenn man diese aufzählen möchte, merkt man allerdings schnell, dass diese Liste noch beim Sprechen immer länger wird, sie enthält z.B. die Stromversorgung, das Internet, Nahrung, Trinkwasser, aber auch Logistik und so manches andere. Es gibt sogar Kritische Infrastrukturen, die als solche bisher gar nicht angesehen wurden und sich erst in dieser Krise als solche erweisen (Funktionsfähigkeit des innerstaatlichen Wirtschafts- und Arbeitslebens z.B.).

Das bedeutet in der Konsequenz, dass durch die Maßnahmen zum Schutz vor dem Coronavirus nicht nur einzelne punktuelle Lücken eintreten können, sondern die Risiken eines Systemkollapses steigen.

Die beschriebenen Probleme werden nicht nur kurzfristig bestehen. Es ist derzeit nicht absehbar, wann die Lieferketten wieder so reibungslos wie früher funktionieren werden.

Für den Bereich Trinkwasser sieht es so aus:

- Die Trinkwasserversorgung in DEU ist sehr vielfältig und sehr heterogen strukturiert. Eine Reihe großer und sehr großer Betreiber in bestimmten Ballungsräumen, aber auch sehr viele kleinere bis kleinste Anbieter. Große Wasserunternehmen verfügen teilweise über ein professionelles eigenes Krisenmanagement, bei kleinen fehlt das völlig.

- Die Trinkwasserversorger sind derzeit dabei, ihren Betrieb auf vollautomatisierten und digitalen Betrieb der Trinkwasserversorgung umzustellen, in vielen Bereichen ist das schon geschehen. Das erhöht die Abhängigkeit von Stromversorgung und Internet und erhöht damit die Versorgungsrisiken. Diese Risiken wurden und werden weiter eingegangen, weil es wirtschaftlicher ist. Der Staat hat bisher nicht interveniert. Ich habe einige kritische Vermerke geschrieben, das war's.

- Der Staat ist im Rahmen der Daseinsvorsorge verpflichtet, seiner Bevölkerung Trinkwasser anzubieten. Vertragspartner auf der staatlichen Seite sind in der Regel die Kommunen. Wenn es zu Ausfällen kommen sollte, haben Bürgermeister und Landräte ein Problem – sie haften.

- Regionale und temporäre Engpässe und Lieferausfälle können ersatzweise mit Tankfahrzeugen kompensiert werden, die das Wasser aus anderen Regionen heranfahren. Bei einer flächendeckenden Lage ist das sehr viel schwieriger. Die bundesweiten Gesamtkapazitäten bieten äußerst begrenzten Spielraum. Wenn der erschöpft ist, fehlt das kostbare Gut und muss in Form von Mineralwasser-Trinkflaschen beschafft werden. Wir haben in den letzten Wochen erfahren, was es bedeutet, wenn die Menschen den Eindruck haben, sie müssten besonders begehrte Produkte sofort und in größeren Mengen als üblich kaufen (WC-Papier, …). In deutschen Supermärkten müssten Wasserflaschen rationiert abgegeben werden. Es müssten wirksame Sicherheitsvorkehrung getroffen werden.
- Als Rückfallposition könnte man an die sogenannten Notbrunnen nach dem jahrzehntealten Wassersicherstellungsgesetz denken. Dieses ressortiert im BMI, das BBK übernimmt die Durchführung (Fachaufsicht: KM 4). In Kriegszeiten und sogar in zivilen Katastrophenlagen – das ist eine Sonderkonstruktion in diesem Sicherstellungsgesetz (normalerweise ist das strikt getrennt) – soll die Bevölkerung im Notfall mit Trinkwasser versorgt werden. Es gibt in ganz Deutschland etwa 5000 Notbrunnen. Die Qualität des Wassers ist gegenüber der Normalversorgung deutlich reduziert, aber es reicht zum Überleben. Was nicht reicht, ist die Menge an Notbrunnen. Es sind viel zu wenige. Schon die Vorstellung, dass die Berliner Bevölkerung in langen Menschenschlangen anstehen sollte, um aus den zu wenigen und nicht durchgehend funktionsfähigen Handschwengelpumpen, die über das Stadtgebiet verteilt sind, ihr Trinkwasser eigenhändig zu fördern, macht deutlich, dass die Notbrunnen keine Alternative sein werden.

Am 24. April 2020 wurden durch die Abteilung KM unter Mitarbeit des BBK die wöchentlichen Lageberichte des Bundesverbandes Energie und Wasser (BDEW) ausgewertet. Sie zeigen symptomatisch für alle Kritischen Infrastrukturen, dass die Resilienz unserer Gesellschaft gesunken und Verletzlichkeit gestiegen ist. Dieser Befund bestätigt die Bewertung der IT-Sicherheit durch BSI vom 22. April 2020(s.o.). Mit Ausfällen örtlicher Trinkwasserversorgung ist jederzeit zu rechnen. Daran ist ablesbar, das eine Dynamik in Gang gesetzt worden ist, die schwer kalkulierbar ist. **Bis heute gibt es kein Monitoring des Status Quos kritischer Infrastrukturen in DEU. Dieses müsste regelmäßiger Bestandteil eines Lageberichts sein.**

Für die Aufgabe Schutz Kritischer Infrastrukturen ergibt sich nunmehr folgende Bewertung:

zeitlicher Beginn	Gegenstand der Gefahr	Risikopotential für KRITIS *(Einschätzung vom 24.04.2020)*
Ende 2019	gesundheitliche **Gefahren durch den neuen Coronavirus** (Covid-19, SARS-CoV-2) *(Gesundheitskrise)*; u.a. Risiken für die Versorgung mit kritischen Dienstleistungen	**niedrig bis sehr niedrig**
seit etwa Mitte März 2020	multiple Gefahren unterschiedlicher Art, die durch Maßnahmen, die zum Schutz vor den gesundheitlichen Gefahren ergriffen wurden, ausgelöst werden *(**Wirtschafts- und Gesellschaftskrise**)*; u.a. Risiken für die Versorgung mit kritischen Dienstleistungen	**hoch bis sehr hoch**

11. Was ist zu tun?

mit unmittelbarem KRITIS-Bezug

1. Gefahrenanalyse und –bewertung: Derzeit liegt **keine belastbare Bewertung der Gefahren für unsere Gesellschaft** vor – weder für die Gefahren durch den Covid-19 Virus, noch für die Gefahren durch Kollateralschäden aufgrund der ergriffenen Schutzmaßnahmen. Die Notwendigkeit von Schutzmaßnahmen kann ebenso wenig festgestellt werden, wie deren Entbehrlichkeit. Das macht Veränderungen im Krisenmanagement dringend erforderlich (siehe Punkt 4 „Empfehlungen für den Krisenstab“). Dieser Zustand wirkt sich u.a. auf das **Sicherheitsniveau und die Verletzlichkeit von Kritischen Infrastrukturen** aus.

2. Wir haben in der Krise an **Widerstandfähigkeit und Widerstandkraft** vor Störungen im KRITIS Bereich eingebüßt (Resilienz). Um unsere Resilienz annähernd auf das frühere Niveau zurück zu bringen, wäre wünschenswert, **die Lebens- und Arbeitsbedingungen von vor der Krise wieder herzustellen** und möglichst wenig Veränderung beizubehalten. Denn ein großer Umfang an Veränderungen, die nicht in einem geplanten organischen Prozess erreicht wurde, bedeutet bei Kritischen Infrastrukturen stets Instabilität und unkalkulierbare Risiken. – Derzeit liegt keine belastbare Bewertung der Gefahren für unsere Gesellschaft vor. Für die ergriffenen Schutzmaßnahmen kann so keine Notwendigkeit festgestellt werden. liegt keine Es Ob die ergriffenen Maßnahmen zum Gesundheitsschutz notwendig sind, ist daher nicht bekann. gesundheitliche bewertung einschätzung. Es kann für die Notwendigkeit noch die Entbehrlichkeit von Schutzmaßnahmen eingeschätzt werden. vor, so dass der Zeitpunkt Ob der richtige Zeitpunkt bereits gegeben ist, lässt sich nicht sagen, solange keine belastbare Gefahreneinschätzung vorliegt.

3. <u>Handwerklich-methodisch zum KRITIS-Schutz:</u> Für die Zuteilung von Schutzausrüstung und Sonderrechten wird es dauerhaft eine Priorisierung geben müssen, die deutlich differenzierter ist, als bisher in der Krise praktiziert (fast unterschiedslos). Es muss eine Prioritäten-Hierarchie gebildet werden, die innerhalb von Branchen aber auch zwischen den Branchen Vorrangigkeit und Nachrangigkeit definiert. Der Aufwand alleine dafür ist groß und erfordert qualifiziertes Personal, das im benötigten Umfang nicht zur Verfügung steht. Trotzdem muss sofort an diese Aufgabe herangegangen werden, weil Verteilkonflikte zwischen Kritischen Infrastrukturen, die bereits jetzt ausgetragen werden, in Kürze stark zunehmen werden und der Staat unter Entscheidungsdruck gerät.
   Es ist zu empfehlen, das Personal des BBK umgehend zu erhöhen, damit **der Bund die Länder und Kommunen bei dieser Aufgabe unterstützen kann – mit Handreichungen und Beratung**. Die Länder erwarten vom Bund zumindest eine Koordinierungsfunktion. Diese Aufgabe ist in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzen. Wenn die Priorisierung von Strukturen und Prozessen bei den Betreibern Kritischer Infrastrukturen und bei der Aktivierung von Personal und anderen Betriebsmitteln für die Versorgung mit kritischen Dienstleistungen ebenso unprofessionell erfolgen sollte, wie das überforderte Krisenmanagement und die nicht minder überforderten Regierungen in der Coronakrise, so wird uns das zahlreiche zusätzliche – vermeidbare! – Tote kosten.

4. Empfehlungen für den Krisenstab

- Es müsste kurzfristig eine fundierte **Manöverkritik** im Krisenstab und den sie berührenden Stellen durchgeführt werden, um die weitere Arbeit zu verbessern.

- Eines der größeren Versäumnisse stellt die **Zusammensetzung des Krisenstabs** dar, der bis heute alleine aus BMI und BMG besteht. Es fehlen alle Ressorts, in deren fachlichen Verantwortungsbereichen sich der Kollateralschaden abspielt. Der Krisenstab sollte künftig den Gefahren entsprechend zusammen gesetzt werden

- Die Krise ist nicht vorbei! Ein **Krisenmanagement** wird auch dann noch dringend gebraucht, wenn die Gefahr der Virusinfektion weitgehend gebannt ist. Die Bestandsaufnahme hinsichtlich der Kollateralschäden und die Organisationen der Reparaturen derselben müssen von einem Krisenmanagement gesteuert werden und die Gefahrenlage muss weiterhin eng kontrolliert werden, nicht zuletzt wegen der enorm erhöhten Verletzlichkeit, die jederzeit eine akute Krise auslösen könnte, z.B. im Bereich der Kritischen Infrastrukturen.

- Im Krisenstab muss die **Gefahrenanalyse und –bewertung** professionalisiert werden. Auswirkungen auf Kritische Infrastrukturen müssen angemessen abgebildet werden. Wie das funktioniert, habe ich in diesem Bericht ausführlich beschrieben (Systematik der Gefahrenbewertung mit Checklisten, etc.). Die Einschätzung, was als **Restrisiko** vertretbar ist oder nicht, wird eine Gesellschaft nicht alleine unter medizinischen Gesichtspunkten treffen können.

- Sofort muss damit begonnen werden, entscheidungsrelevante Datenkategorien zu ermitteln und die zugehörigen Daten zusammenzutragen und auszuwerten.

- Für die Einschätzung der **gesundheitlichen Gefahren** müssten künftig alle verfügbaren Quellen ausgeschöpft werden, um Einseitigkeit und blinde Flecken zu vermeiden. Die in Anlage 7 (https://swprs.org/covid-19-hinweis-ii/#latest) zusammengestellten fachlichen Positionen und wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Coronavirus müssten verifiziert werde. Viele legen nahe, dass die Gefährlichkeit des Virus überschätzt wurde. Es müsste geklärt werden, was von den im Umlauf befindlichen Informationen belastbar ist, und was nicht. Es sollte nach jedem brauchbaren Baustein gefahndet werden, der unseren Kenntnisstand verbessern kann.

- **Lagebilder** müssen, um aussagekräftiger zu werden, auf die Übersicht über die zentralen Gefahrenbereiche erweitert werden, die dann in einer Kurz- und einer Langfassung dargestellt werden können. Schon aus dem Lagebild muss ein Vergleich zwischen bezweckten Effekten und ungewollten Kollateralschäden möglich sein.

- Das Monitoring der Entwicklung im Bereich der **Kritischen Infrastrukturen** muss integraler Bestandteil des Berichtswesens (Lagebilder) sein. – Dieser Punkt ist eine **Kernanforderung aus der Perspektive des Schutzes Kritischer Infrastrukturen**, die in diesem Bericht zuständigkeitshalber eingenommen wird. Er steht in dieser Aufzählung trotzdem erst (fast) am Ende, weil seine Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit von der Umsetzung der vorgenannten Schritte abhängig ist.

- Der Krisenstab müsste sich darum kümmern, den Einfluss von **Interessen- und Lobbygruppen** jeglicher Art auf die Entscheidungsfindung des Krisenmanagements zu ermitteln und zu neutralisieren. Es muss ausgeschlossen sein, dass vom Krisenmanagement andere, als dem Gemeinwohl verpflichtete Ziele verfolgt werden. Jede Fehlentscheidung kostet Menschenleben.

mit indirektem KRITIS-Bezug

5. Beendet werden müssen nicht nur die Maßnahmen, sondern insbesondere die Stimmung, die von öffentlichen Stellen und den Medien bis heute verbreitet wird und als Alarmismus wahrgenommen wird. Dieser **Alarmismus muss unverzüglich eingestellt werden**. Denn mit einer durch die Maßnahmen der letzten Wochen nicht nur etwas belasteten, sondern schwer traumatisierten Bevölkerung werden wir den zweiten, sehr viel länger andauernden Teil der Krise viel schwerer bewältigen, als den ersten.

   Es wird daher nicht damit getan sein, den Alarmismus ab einem Zeitpunkt x zu beenden und Normalität zuzulassen. Man kann Normalität nicht einfach in gleicher Weise wie einschränkende Maßnahmen erlassen und verfügen. Die Ängste, vor allem die überschießenden irrationalen Ängste und die daraus resultierenden veränderten Verhaltensweisen, werden nicht automatisch verschwunden sein, wenn die Maßnahmen gelockert werden. Die in den vergangenen Wochen gemachten Erfahrungen haben sich im Gemüt vieler Menschen festgesetzt und es ist noch nicht absehbar, welche Folgen das haben wird. Wie werden die Kinder und Jugendlichen davon geprägt worden sein. Nicht jede Reaktion auf das Aussetzen der berechenbaren Normalität verläuft vordergründig, stürmisch oder vehement. Mancher wird es in sich hineinfressen, vielleicht krank werden, andere tragen ab jetzt möglicherweise ein tiefes Misstrauen gegenüber Menschen und staatlichen Institutionen in sich. Das meiste wird sich voraussichtlich unbewusst und für die Umwelt kaum erkennbar abspielen – was nicht heißt, dass es minder wirksam sein wird. Was bedeutet das für die Innovationskraft unserer jungen Generation, auf die wir angewiesen sind?

6. Die schwierigste Aufgabe wird es sein, verlorenes **Vertrauen zurück zu erlangen**. Vertrauen in einen zuverlässig den Bürger schützenden Staat, der für diese wichtige Leistung legitime Eingriffe und Einschränkungen vornehmen darf. Dieser Staat hat in der Coronakrise in geradezu grotesker Weise versagt. Er muss, wenn er Vertrauen wiedergewinnen will, nicht nur umkehren, sondern **offen mit seinen Fehlleistungen umgehen, sie einräumen und aufarbeiten**, sonst werden dem Staat und dem politischen System möglicherweise die eingetretenen systemischen Fehler nicht nachgesehen.

   Es gibt zwar noch eine Verhaltensalternative, die diente jedoch nicht den Interessen der Bevölkerung und des Gemeinwesens, sondern denen einzelner Personen oder Gruppen: Die Politik könnte versuchen sich zu rechtfertigen, die Administration könnte unterstützend statistische Verfahren verändern, Zahlen umdeuten und versuchen nachzuweisen, dass sie alles auf geniale Weise richtiggemacht hat. In diesem Alternativmodell würde mit der aktivierten hohen Verunsicherung und Angst der Menschen weiter gearbeitet, kritische Stimmen würden einschüchtert und es würde auf die Wirkung sozialen Gruppenanpassungsdruck spekuliert werden. Diese Option birgt

gleichermaßen hohe Risiken für die Gesellschaft, als auch für die Personen, die sich für sie entscheiden.

7. Jede Krise hat ihre Profitteure, was nicht per se etwas Verkehrtes ist, aber diese Gruppe wird versuchen, ihre Partialinteressen mit geeigneten Mitteln durchzusetzen, vielleicht auch gegen die Interessen der Allgemeinheit. Dem muss entgegen getreten werden.
   Die Rückkehr zur Normalität bedeutet auch, alle **eingeleiteten längerfristig angelegten Projekte müssten zurückgefahren werden**, wenn sie nicht der Rückkehr zur gewohnten Normalität dienen. Sie haben ihren Sinn verloren und blockieren Ressourcen, die jetzt für wichtigeres dringend benötigt werden. Bei jedem Projekt, dass weitergeführt werden sollte, muss man sich bewusstmachen, dass die dafür notwendigen Ressourcen aus dem kleiner gewordenen zivilgesellschaftlichen Kapital beglichen und zuvor erwirtschaftet werden müssen.

   Einer der größten Aktivitätsposten geht auf die Intensivierung von digitalen Kommunikations- und Interaktionstechnologien zurück, sei es für Telearbeiter, virtuelle Klassenräume oder neuartige Bürger- und Unternehmens-Services, für die vorübergehend reduzierte Sicherheitsanforderungen galten. Diese Entwicklung beizubehalten bedeutete nicht nur eine starke Veränderung der Alltagskultur, sondern auch eine noch stärkere Abhängigkeit als bisher von Kritischen Infrastrukturen sowie einen graduellen Verlust an Persönlichkeitsschutz (z.B. in Bezug auf personenbezogene Daten, sowie weitere Betrugs, Missbrauchs- und Manipulationsgefahren). Wir würden unsere Zivilgesellschaft in einer Phase niedriger gesellschaftlicher Resilienz noch einmal zusätzlich schwächen. Auch hier wird der Versuch insbesondere der Politik möglicherweise groß sein, Erwartungen von Geschäftspartnern nicht zu enttäuschen. Und auch hier zeigt sich, dass die Zukunft unserer Gesellschaft von dem Gewissen unserer Politiker abhängt, denen wir in einer Demokratie während ihrer Amtszeit eine hohe Autarkie und faktische Macht zubilligen.

Schlussbemerkung

Dieser Bericht ist eine Momentaufnahme und kann natürlich nur einen begrenzten Ausschnitt der Wirklichkeit behandeln. Wichtiger als ihn perfekt zu machen, war, dass er fertig wird. Er enthält daher noch einige Redundanzen und Ungenauigkeiten. Ich hoffe sehr, dass dieser Bericht dennoch einen produktiven Beitrag zum Krisengeschehen leisten kann.

1. Einführung **3**
1.1 Aufgaben und Arbeitsweise des Referats KM 4 3
1.2 Warum diese Auswertung? 3
1.3 Wen und was meine ich mit „Krisenmanagement“ in diesem Bericht? 4
1.4 Der Schutz Kritischer Infrastrukturen 5
1.5 Referat KM4 als Ressource bei der Krisenbewältigung 6

2. Wie waren das BMI (und die BReg) auf die Krisensituation vorbereitet? **7**
2.1 Hinweise und Warnungen in früheren Arbeiten zum Bevölkerungsschutz 7
2.2 Hinweise und Warnungen in Publikationen, Broschüren und Reden 11

3. Auswertungen früherer Übungen **13**
3.1 Lükex 2007 13
3.2 Auswertung der Risikoanalyse aus 2012 und Bezüge zur aktuellen Krise 15

4. Hat der Staat bisher genug für den Schutz Kritischer Infrastrukturen getan? Und wenn nein, was hindert ihn daran? **19**

5. Was hätte bei der Gefahrenbewertung beachtet werden müssen? **23**
5.1 Anleitung zur Gefahrenbewertung mit Checkliste 23
5.2 Wie hätte eine Gefahreneinschätzung (gesundheitliche Gefahren) nach Plausibilität ausgesehen? 25
5.3 Plausibilitätsprüfung für die Gefährdung durch den Corona-Virus mittels Gegenüberstellung von Todesursachen 28
5.4 Elemente einer Plausibilitätsprüfung für die Auswirkungen einer Wirtschaftskrise auf die Pflege 31
5.5 Ansätze einer Plausibilitätsprüfung aus Perspektive der Bevölkerungsentwicklung 33
5.6 Exkurs Lebensqualität im Alter und Sterblichkeit 39

6. Auswertung der Erfassung von Daten, die für Gefährdungsbewertungen und Entscheidungen über Maßnahmen herangezogen wurden **41**
6.1 Auswertung der BMI Lageberichte *(bis 7. April 2020)* 42
6.2 Auswertung des neuen Lagebildes des Krisenstabs von BMI und BMG (ab 8. April 2020) 44
6.3 Ergänzende Auswertung einer neueren Ausgabe des Lageberichts des gemeinsamen Krisenstabs BMI-BMG - Konkret untersuchte Fassung vom 22. April 2020 50
6.4 Auswertung der Rahmenvorgaben zum Krisenmanagement 53
6.5 Zwischenbilanz der Bundesregierung 57
6.6 Könnte es eine Gefahrenanalyse und –bewertung außerhalb des Lageberichts des Krisenstabs gegeben haben oder geben? 58
6.7 Exkurs Exit-Strategien 62

7. Gegenüberstellung von Vorwissen und realem Handling des Krisenmanagements 2020 **63**

8. Zwischenauswertung **70**

9. Beschluss der Kanzlerin mit den Länderchefs am 22. März 2020 im Kontext der Ergebnisse dieser Analyse **71**

10. Aktuelle und perspektivische Auswirkungen auf den Bereich der Kritischen Infrastrukturen **74**
10.1 IT-Sicherheit 74
10.2. Gefährdungen im Bereich der Trinkwasserversorgung 75

11. Was ist zu tun? **78**
Schlussbemerkung 82

Anlagenband zum „Auswertungsbericht“ vom 7. Mai 2020

Anlage 1

Aufgaben des Referats KM 4 (abgerufen: 17. April 2020):

Quelle: inet Seite für die Organisationseinheit Referat KM 4 (abgerufen am 17.4.2020):
https://inet.intern.bmi/Seiten/referatkm4.aspx

> *„Referat KM 4, Schutz kritischer Infrastrukturen*
>
> *AUFGABENBESCHREIBUNG*
>
> *Das Referat KM 4 befasst sich mit dem Schutz Kritischer Infrastrukturen als einem besonderen Teilgebiet des Bevölkerungsschutzes. Hierbei geht es um den* ***Schutz von Organisationen und Einrichtungen mit wichtiger Bedeutung für das staatliche Gemeinwesen, bei deren Ausfall oder Beeinträchtigung nachhaltig wirkende Versorgungsengpässe, erhebliche Störungen der öffentlichen Sicherheit oder andere dramatische Folgen*** *eintreten würden.* ***Gefährdet sind Kritische Infrastrukturen*** *nicht nur durch terroristische Anschläge, sondern auch durch Naturkatastrophen, besonders schwere Unfälle, IT-Angriffe sowie technisches und/oder* ***menschliches Versagen****. Da die Mehrzahl der für unsere Gesellschaft als kritisch zu betrachtenden Infrastrukturen im Besitz privater Betreiber ist, arbeiten Staat und Wirtschaft Hand in Hand, um den wirkungsvollen Schutz dieser Anlagen, Einrichtungen und Systeme sicherzustellen.*
>
> *Referat KM 4 ist im BMI* ***für übergreifende Themen und Anliegen im Zusammenhang mit dem Schutz Kritischer Infrastrukturen zuständig****. Zu seinen Aufgabengebieten gehören insbesondere:*
>
> - *Aufbau* ***eigener Bewertungskompetenz zum Schutz Kritischer Infrastrukturen und daraus entwickelte Initiativen*** *sowie Stellungnahmen in Beteiligungsverfahren*
> - ***Strategische Grundlagenarbeit zum Schutz von Kritischen Infrastrukturen vor sämtlichen Gefahren***
> - ***Hinwirken auf die Konsistenz des Schutzes wegen Interdependenzen*** *der verschiedenen Sektoren Kritischer Infrastrukturen miteinander*
> - *Federführung für Konzepte und Strategien, wobei die fachlichen Zuständigkeiten der Abteilung CI für den Schutz von Informationsinfrastrukturen und für den Schutz Kritischer Infrastrukturen vor Cyber-Gefährdungen unberührt bleiben*
> - ***Zusammenarbeit mit anderen Bundesministerien, den Ländern, der EU****, den Betreibern Kritischer Infrastrukturen und mit Verbänden sowie mit sonstigen betroffenen Institutionen*
> - ***Supra- und internationale Angelegenheiten zum Schutz Kritischer Infrastrukturen****, insbesondere Point of Contact in der EU-Kontaktgruppe für den Schutz Kritischer Infrastrukturen, die die Fortschreibung und Umsetzung des Europäischen Programms für den Schutz Kritischer Infrastrukturen (EPSKI) einschließlich der Richtlinie 2008/114/EG betreibt*
> - ***Mitwirkung bei der Gesetzgebung zu bereichsspezifischen Rechtsgrundlagen*** *sowie zum Bevölkerungsschutz*

*Referat KM 4 übt die **Fachaufsicht über das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe** (BBK) aus, soweit Belange Kritischer Infrastrukturen berührt sind. Das BBK erarbeitet v. a. methodologische Grundlagen, etwa für die Identifizierung Kritischer Infrastrukturen, Risiko- und Gefährdungsanalysen sowie Maßnahmenpläne zum Schutz Kritischer Infrastrukturen unter Berücksichtigung eines All-Gefahren-Ansatzes.*

*Im Kontext der **Zivilen Verteidigung** bearbeitet bzw. koordiniert Referat KM 4 die Anpassungen der **Sicherstellungs- und Vorsorgegesetze** (eigene Federführung bei der Wassersicherstellung), die die Aufrechterhaltung der Grundversorgung der Bevölkerung und der Streitkräfte im Spannung- und Verteidigungsfall bzw. im zivilen Krisenfall zum Gegenstand haben.*

*Für die **Sicherstellung des Schutzes ziviler oder zivil-militärischer Objekte**, deren Ausfall die zivile Verteidigungsfähigkeit nachhaltig einschränken würde, bearbeitet Referat KM 4 ressortübergreifend und gemeinsam mit den Ländern die Objekterfassungs- und die Objektschutzrichtlinien.*

*Referat KM 4 ist darüber hinaus für den **Schutz / die Sicherung von kerntechnischen Anlagen, Einrichtungen und Transporten** im Hinblick auf mögliche Gefährdungen durch terroristische oder kriminelle Anschläge / sonstige Handlungen zuständig. Die Aufgabenschwerpunkte in diesem Bereich sind Folgende:*

- *Gefährdungsbewertungen bei aktuellen Vorkommnissen, Lagebilder; ggf. Ausrufen von Gefährdungsstufen gemäß Rahmenplänen*
- *Gremienarbeit, v. a. Bund-Länder-Gremien zur Sicherung von kerntechnischen Einrichtungen (KoSikern; AK Sicherung)*
- *Entwicklung von / Mitwirkung bei Rahmenplänen, Sicherungskonzepten, Rechtsnormen (z. B. RENEGADE-Rahmenplan KKW)*
- *Mitwirkung bei EU-und internationalen Initiativen / Projekten (z. B. CBRN)*
- *Referat KM 4 übt in diesem Aufgabenbereich bezüglich der Gefährdungsbewertungen und Lagebilder die Fachaufsicht über das BKA, Referat ST 54, aus.“*

aus der inet - Seite der Abteilung KM:

*„Als Teilgebiet des Bevölkerungsschutzes wird der **Schutz Kritischer Infrastrukturen** im Referat KM 4 bearbeitet. Kennzeichnend sind die **Zusammenarbeit mit der Wirtschaft und den Bundesressorts sowie Koordinierungs- und Steuerungstätigkeiten**. Unabhängig hiervon ist KM 4 auch für den Schutz/die Sicherung von kerntechnischen Anlagen, Einrichtungen und Transporten im Hinblick auf mögliche Gefährdungen durch terroristische oder kriminelle Anschläge und sonstige Handlungen zuständig.“* https://inet.intern.bmi/Seiten/abteilungkm.aspx

Aufgaben für OE KM 4 (34 Treffer) (= Geschäftsverteilungsplan)

Nr.	Aufgabentext	zugeordnet
1	Leitung der Organisationseinheit	**MinR Volker Amler (10214)**
2	Koordination zum Schutz von Kritischen Infrastrukturen	
2.1	Umsetzung der Nationalen Strategie zum Schutz Kritischer Infrastrukturen	**ORR Stephan Kohn (10215)** **WissOR Dr. Andre Walter (10220)** **RA Christian Stoeckert (10212)**
2.2	Konzepte und sonstige Strategien (die fachlichen Zuständigkeiten der Abteilung IT zum Schutz von Informationsinfrastrukturen bleiben unberührt)	**WissOR Dr. Andre Walter (10220)** **RA Christian Stoeckert (10212)**
3	Physischer Schutz von Kritischen Infrastrukturen	
3.1	Schutzkonzepte, Leitfäden, Grundlagen (z.B. Basisschutzkonzept, Leitfaden Risiko- und Krisenmanagement)	**ORR Stephan Kohn (10215)** **WissOR Dr. Andre Walter (10220)** **RA Christian Stoeckert (10212)**
3.2	Branchenspezifische Analysen der Sicherheitsmaßnahmen	**ORR Stephan Kohn (10215)** **WissOR Dr. Andre Walter (10220)** ORR'n Lena Nonnen (10213) RA Christian Stoeckert (10212)
3.3	Zusammenarbeit mit den Betreibern Kritischer Infrastrukturen, mit Verbänden sowie mit sonstigen betroffenen Institutionen	**ORR Stephan Kohn (10215)** **WissOR Dr. Andre Walter (10220)**
3.4	Bund-Länder-Angelegenheiten, insb.: Arbeitskreis V der IMK; Koordinierungsstellen Bund-Länder; Sicherheitskommunikation KRITIS-Betreiber/Polizeien (in Zusammenarbeit mit dem AK II)	**WissOR Dr. Andre Walter (10220)** **RA Christian Stoeckert (10212)**
4	Zivile Verteidigung (FF KM 2)	
4.1	Koordinierung im Bereich der Sicherstellungs- und Vorsorgegesetze	**ORR Stephan Kohn (10215)** **WissOR Dr. Andre Walter (10220)** **RA Christian Stoeckert (10212)**
4.2	Wassersicherstellungsgesetz, Wasserversorgung und Trinkwassernotbrunnen	**ORR Stephan Kohn (10215)** **WissOR Dr. Andre Walter (10220)** **RA Christian Stoeckert (10212)**
4.3	Objektschutzrichtlinie	**ORR Stephan Kohn (10215)** **WissOR Dr. Andre Walter (10220)** **RA Christian Stoeckert (10212)**
5	Fachaufsicht über das BBK im Bereich Kritische Infrastrukturen	**ORR Stephan Kohn (10215)** **WissOR Dr. Andre Walter (10220)** **RA Christian Stoeckert (10212)**
6	Mitwirkung in Angelegenheiten mit Bezügen zum Schutz Kritischer Infrastrukturen	**ORR Stephan Kohn (10215)**
6.1	Gesetzgebung zu bereichsspezifischen Rechtsgrundlagen sowie zum Bevölkerungsschutz	**MinR Volker Amler (10214)**
6.2	Abstimmung von Programmen und Plänen der Landesplanung mit den Behörden des Bundes gemäß § 7 Abs. 6 ROG (nur Teil KRITIS)	**RA Christian Stoeckert (10212)** **TB'e Martina Juritko (10216)**
6.3	Sicherheitsforschung	**ORR Stephan Kohn (10215)** **WissOR Dr. Andre Walter (10220)** ORR'n Lena Nonnen (10213) **RA Christian Stoeckert (10212)**

7	Supra- und internationale Angelegenheiten zum Schutz Kritischer Infrastrukturen	
7.1	Europäisches Programm für den Schutz KRITIS (EPSKI), u.a.: Nationale Kontaktstelle; RL 2008/114/EG (European Critical Infrastructures ECI); Critical Infrastructure Warning and Information Network (CIWIN); European Reference Network (ERNCIP)	**WissOR Dr. Andre Walter (10220)** ORR Stephan Kohn (10215) **RA Christian Stoeckert (10212)**
7.2	Sonstige internationale Zusammenarbeit (insbes. Nato, G 7, VN)	**WissOR Dr. Andre Walter (10220)** ORR Stephan Kohn (10215)
7.3	Mitwirkung beim Schutz von Informationsinfrastrukturen (Critical Information Infrastructure Protection - CIIP)	**ORR Stephan Kohn (10215)** **WissOR Dr. Andre Walter (10220)**
8	Schutz und Sicherung kerntechnischer Anlagen, Einrichtungen und Transporte	
8.1	Gefährdungslage und Krisenmanagement	**RA Christian Stoeckert (10212)** WissOR Dr. Andre Walter (10220)
8.2	Sicherung und Schutz kerntechnischer Anlagen und Einrichtungen und Transporte; Entwicklung / Mitwirkung bei der Entwicklung von Schutzkonzepten (RENEGADE-Rahmenplan KKW / Vernebelungskonzept; Rahmenpläne "Reaktorsicherheit" und "Transporte"; "Lastannahmen	**RA Christian Stoeckert (10212)** WissOR Dr. Andre Walter (10220)
8.3	Atomrechtliche Zuverlässigkeitsprüfungen - AtZüV (Federführung BMUB)	**RA Christian Stoeckert (10212)** WissOR Dr. Andre Walter (10220)
8.4	Nationale Gremienarbeit (Kommission "Sicherung und Schutz kerntechnischer Einrichtungen" -KoSikern; Arbeitskreis "Sicherung")	**RA Christian Stoeckert (10212)** WissOR Dr. Andre Walter (10220)
8.5	Inter-/Multinationale Zusammenarbeit und Gremien (IAEA, EU)	**RA Christian Stoeckert (10212)** WissOR Dr. Andre Walter (10220)
8.6	Fachaufsicht BKA ST 54 in Bezug auf Gefährdungsanalysen für Kernkraftwerke	**RA Christian Stoeckert (10212)** WissOR Dr. Andre Walter (10220)
9	Referatsinterne Angelegenheiten	
9.1	IT-Ansprechpartnerin / IT-Ansprechpartner	**TB'e Martina Juritko (10216)** RA Christian Stoeckert (10212)
9.2	Geschäftsverteilungsplan: Aufgabenpflege/Aufgabenzuordnung	**TB'e Martina Juritko (10216)** RA Christian Stoeckert (10212)
9.3	Haushaltsangelegenheiten Kaptitel 0601 Titel 532 03 (Schwerpunkt KRITIS)	**RA Christian Stoeckert (10212)** **TB'e Martina Juritko (10216)**
9.4	Interne Service- und Koordinierungsaufgaben	**TB'e Martina Juritko (10216)**

Funktion	Referent
E-Mail	Stephan.Kohn@bmi.bund.de
Mobil	0151 - 528 80 949
PC-Fax	03018681510215
Telefon	10215
Arb.platz	0005381
Büro	MW / 01 / O4 / C.4.496
Dienstort	Berlin
Organisationseinheit	Referat KM 4



Nr.	Zugeordnete Hauptaufgaben
2.1	Umsetzung der Nationalen Strategie zum Schutz Kritischer Infrastrukturen
3.1	Schutzkonzepte, Leitfäden, Grundlagen (z.B. Basisschutzkonzept, Leitfaden Risiko- und Krisenmanagement)
3.2	Branchenspezifische Analysen der Sicherheitsmaßnahmen
3.3	Zusammenarbeit mit den Betreibern Kritischer Infrastrukturen, mit Verbänden sowie mit sonstigen betroffenen Institutionen
4.1	Koordinierung im Bereich der Sicherstellungs- und Vorsorgegesetze
4.2	Wassersicherstellungsgesetz, Wasserversorgung und Trinkwassernotbrunnen
4.3	Objektschutzrichtlinie
5	Fachaufsicht über das BBK im Bereich Kritische Infrastrukturen
6	Mitwirkung in Angelegenheiten mit Bezügen zum Schutz Kritischer Infrastrukturen
6.3	Sicherheitsforschung
7.3	Mitwirkung beim Schutz von Informationsinfrastrukturen (Critical Information Infrastructure Protection - CIIP)

Anlage 2



English

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat

Ministerium Themen Presse Service

Startseite › Themen › Bevölkerungsschutz › Schutz kritischer Infrastrukturen

Quelle: wang song / shutterstock.com

ARTIKEL · BEVÖLKERUNGSSCHUTZ

Schutz kritischer Infrastrukturen

Kritische Infrastrukturen sind Einrichtungen, Anlagen oder Teile davon, die von hoher Bedeutung für das Funktionieren des Gemeinwesens sind. Durch ihren Ausfall oder ihre Beeinträchtigung würden erhebliche Versorgungsengpässe oder Gefährdungen für die öffentliche Sicherheit eintreten.

Infrastrukturen im Allgemeinen und Kritische Infrastrukturen im Besonderen sind die unverzichtbaren Lebensadern moderner, leistungsfähiger Gesellschaften. Hierzu zählen beispielsweise:

- Energie- und Wasserversorgung
- Transport und Verkehr
- Informationstechnik und Telekommunikation
- medizinische Versorgung

Die Gewährleistung des Schutzes dieser Infrastrukturen ist eine Kernaufgabe staatlicher und unternehmerischer Sicherheitsvorsorge und zentrales Thema der Sicherheitspolitik Deutschlands.

HÄUFIG NACHGEFRAGT

Welche Gefahren gibt es ?

Was der Bund tut

Die bereits 2009 vom Bundeskabinett beschlossene **Nationale Strategie zum Schutz kritischer Infrastrukturen (KRITIS-Strategie)** wird aktuell evaluiert und ein Fortschrittsbericht ist in Vorbereitung.

"Damit bei uns das Licht nicht ausgeht, das Wasser aus dem Hahn kommt, der Verkehr fließt, das Gesundheitssystem funktioniert und vor allem das Netz nicht zusammenbricht."

Im Juli 2015 haben wir ein **erstes IT-Sicherheitsgesetz** geschaffen, das derzeit erweitert wird. Die **Cyber-Sicherheitsstrategie** für Deutschland wurde 2016 neu gefasst. Der im **UP KRITIS** institutionalisierte Dialog zwischen Staat und Wirtschaft begleitet diese große Aufgabe mit weit über 500 Mitgliedern.

Es hat sich bewährt, die Betreiber Kritischer Infrastrukturen - falls erforderlich - durch gesetzliche Vorgaben dazu zu bringen, Widerstandfähigkeit und Schutzmaßnahmen zu verbessern. Grundsätzlich wird jedoch auf Kooperation gesetzt.

Die Antwort heißt Resilienz

Resilienz bezeichnet die Fähigkeit eines Systems, Ereignissen zu widerstehen beziehungsweise sich daran anzupassen und dabei seine Funktionsfähigkeit zu erhalten oder schnell wiederzuerlangen.

Das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat dient hierbei als Kontaktstelle für die meist privaten Betreiber, die in der Fläche zuständigen Länder und die branchenverantwortlichen Fachressorts in ihrem jeweiligen Schutzauftrag. Zudem behält das BMI übergreifende Zusammenhänge im Auge.

Das BMI wird im Sachgebiet Schutz Kritischer Infrastrukturen fachlich unterstützt vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der Bundesanstalt **Technische Hilfswerk**.

EXTERNER LINK

Internetplattform zum Schutz Kritischer Infrastrukturen

zur Webseite

Verwandte Themen

Hinweise des BMI zum Coronavirus auf einen Blick

Zivil- und Katastrophenschutz

Internationale Zusammenarbeit im Bevölkerungsschutz

Krisenmanagement

Ehrenamt im Bevölkerungsschutz

ZURÜCK ZUM THEMA BEVÖLKERUNGSSCHUTZ

Seite teilen Seite drucken Seitenanfang

Suchbegriff eingeben

BESUCHEN SIE UNS AUF

Bürgerservice
0228 99681-0
030 18681-0
Mo - Fr / 8.00 - 17.00 Uhr

Behördennummer
115
Mo - Fr / 8.00 - 18.00 Uhr

ONLINE-AUSWEISFUNKTION SPERREN

KONTAKTFORMULAR BÜRGERSERVICE

KONTAKT INTERNETREDAKTION

Impressum Datenschutz Inhaltsverzeichnis

Recherchen vom 2. April 2020

zur Veranschaulichung von

verbreiteten Todesursachen und **durchschnittlichem Sterbegeschehen** in DEU

hier: Alkohol und Zigarettenkonsum, gesellschaftliche Kosten, Sterbefälle

2015:
https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Die_Kosten_des_Rauchens.pdf
„Die direkten und indirekten Kosten des Tabakkonsums zusammengenommen betragen ***somit 33,55 Milliarden*** *Euro“*

2018:
https://www.focus.de/gesundheit/alarmierende-zahlen-raucher-kosten-deutsche-deutlich-mehr-als-bislang-angenommen_id_9864341.html

„Rauchen verursacht weitaus höhere wirtschaftliche Schäden als bisher angenommen. Nach neuen Berechnungen belaufen sich die Folgenkosten des Tabakkonsums für die deutsche Gesellschaft auf ***knapp 100 Milliarden Euro pro Jahr****.*

Die direkten Kosten, etwa für Behandlungen, Pflege und Reha, belaufen sich nach neuen Berechnungen des Hamburger Wirtschaftswissenschaftlers Tobias Effertz auf rund 30 Milliarden Euro. Die indirekten Kosten, wie Produktionsausfälle durch Krankschreibungen, Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung, betragen etwa 67 Milliarden Euro, das berichtet das RedaktionsNetzwerk Deutschland (RND). Bislang wurden die Kosten auf insgesamt etwa 80 Milliarden Euro geschätzt.

Den Anstieg führt Effertz auf ein geändertes Rauchverhalten zurück: Zwar würden Kinder und Jugendliche weniger rauchen, dafür griffen aber Erwachsene öfter zur Zigarette als noch vor zehn Jahren. Bei ihnen seien die volkswirtschaftlichen Kosten deutlich höher.

Die Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marlene Mortler (CSU), sagt dem RND, dass die Zahlen alarmierend seien. „Krankenhauskosten, Arbeitsausfälle, Reha und Pflege, all diese Kosten belasten unsere Gesellschaft und sind absolut vermeidbar“, betonte sie. Die CSU-Politikerin forderte als Konsequenz erneut ein absolutes Werbeverbot für Tabakprodukte und mehr Aufklärung.“

ähnlich (auch 2018):

https://www.haz.de/Nachrichten/Politik/Deutschland-Welt/Rauchen-kostet-Gesellschaft-100-Milliarden

2015:
https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/tabakrauchen-raucher-entlasten-die-sozialkassen-studie-a-1050858.html
Raucher sind bei Betrachtung aller Einnahme- und Ausgabeeffekte für den Staat billiger als Nichtraucher:

„Denn in der Untersuchung zum Thema Rauchen der Wirtschaftswissenschaftler Florian Steidl und Berthold Wigger vom Karlsruher Institut für Technologie steht dieses Detail im Hintergrund. Die beiden haben sich mit Kosten und Ersparnissen beschäftigt, die der Zigarettenkonsum in Deutschland verursacht.

Sie kommen zum Ergebnis, dass Rauchen die Sozialversicherten und Steuerzahler entlastet. "Weitere Tabaksteuererhöhungen lassen sich daher aus bloßer Kostenperspektive schwer rechtfertigen" schreiben sie im "Wirtschaftsdienst". Zuletzt lagen die Einnahmen durch die Steuer bei rund 14 Milliarden Euro im Jahr, berichten sie.

Steidl und Wigger haben die Nettokosten des Rauchens untersucht, ihren Angaben zufolge ist es die erste Analyse dieser Art für Deutschland.

Vergleich: reale und Nichtraucher-Gesellschaft

Sie verglichen in ihren Modellrechnungen die reale Gesellschaft des Jahres 2011 mit einer, die nur aus Nichtrauchern besteht. Dem Modell zufolge konnten Menschen höchstens 89 Jahre alt werden. Anderen Untersuchungen zufolge sterben Raucher im Schnitt zwölf Jahre früher als lebenslange Nichtraucher, Raucherinnen verlieren durch die Sucht durchschnittlich elf Lebensjahre.

In der realen Gesellschaft rauchen rund 30 Prozent der Männer ab 15 Jahren, 24 Prozent sind Ex-Raucher und 46 Prozent haben nie geraucht. Bei den Frauen sind 21 Prozent Raucherinnen und 15 Prozent haben früher geraucht. 64 Prozent haben es nie.

- *Die Forscher beziffern die sogenannten externen Nettokosten der medizinischen Behandlungen von Raucherkrankheiten auf 65 Milliarden Euro.*
- *Dazu kommen 18,5 Milliarden an Erwerbsminderungsrenten und 6,8 Milliarden, die aufgrund des Rauchens dienstunfähige Beamte erhalten.*
- *Die Renten und Gelder für verwitwete Partner verursachen Mehrkosten von 67,1 Milliarden.*
- *Dem gegenüber stehen Einsparungen von 158,4 Milliarden Euro der Rentenkasse sowie 35,5 Milliarden Euro, die nicht an pensionierte Beamte ausgezahlt werden müssen.*
- *Unterm Strich ist die reale Gesellschaft damit um 36,4 Milliarden günstiger als eine nur aus Nichtrauchern bestehende.*
- *Dazu kommen noch Tabaksteuereinnahmen von 375,7 Milliarden, die die Raucher laut dem Modell Zeit ihres Lebens zahlen.*

Andere Forscher beziffern die jährlichen Kosten des Rauchens in Deutschland teils auf 30 bis 35 Milliarden Euro, teils auf bis zu 90 Milliarden Euro. "Das sind Bruttorechnungen, wir haben Nettoeffekte ermittelt", sagt Wigger. Wenn zum Beispiel ein Raucher mit 70 Jahren dem Lungenkrebs erliege, könne er nicht mehr mit 80 Jahren an Darmkrebs sterben. Und am Ende liege die Mortalität eben bei 100 Prozent und auch die Nichtraucher stürben.

2008 waren niederländische Forscher zu einem ähnlichen Ergebnis gekommen: Gesunde, schlanke Menschen sind demnach für das Gesundheitssystem letztendlich teurer als Übergewichtige oder Raucher. Doch auch sie wiesen darauf hin, dass finanzielle Aspekte alleine ohnehin nicht das Hauptkriterium bei der Bewertung sein könnten. Das Ziel eines Gesundheitssystems sei nicht, dem Staat Kosten zu ersparen - sondern den Menschen Leid."

Alkohol
https://dhs.de/datenfakten/alkohol.html

*„**Mortalität***
*Untersuchungen zu alkoholbezogenen Gesundheitsstörungen und Todesfällen gehen von etwa **74.000 Todesfällen** aus, die allein durch den Alkoholkonsum oder den kombinierten Konsum von Tabak und Alkohol verursacht sind. Die wenigen Berechnungen alkoholbedingter Todesfälle in Deutschland weisen eine hohe Wahrscheinlichkeit der Unterschätzung auf, denn meist fließen in die Berechnung der Todesfälle, die allein auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, nur die Diagnosen ein, die zu 100 Prozent auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind. Dies sind die Todesursachen Alkoholabhängigkeitssyndrom und Leberzirrhose.*
Quelle: John, U.; Hanke, M. (2002): Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany. In: Alcohol and Alcoholism, 37(6), 581-585.
Morbidität
Eine psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol wurde im Jahr 2017 als zweithäufigste Hauptdiagnose in Krankenhäusern mit 314.211 Behandlungsfällen diagnostiziert, davon waren 228.928 Behandlungsfälle männliche Patienten und 85.283 Frauen.
21.721 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 20 Jahren wurden 2017 aufgrund eines akuten Alkoholmissbrauchs stationär behandelt, das waren 2,6% weniger als im Vorjahr.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2018): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2017. Wiesbaden.
Volkswirtschaftliche Kosten
*In einer aktuellen Untersuchung beziffert Effertz die direkten und indirekten Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland auf **rund 40 Milliarden Euro**.*
Quelle: Effertz, T. (2015): Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Frankfurt a.M.: Lang.“

https://de.wikipedia.org/wiki/Tabakindustrie
Etwa 10.000 Arbeitsplätze, 24 Mrd. Umsatz, davon die Hälfte Tabaksteuern, sehr profitables Geschäft

Anlage 4

<u>Informationen über die **Pflegebranche** und die Entwicklung der **Pflegebedürftigkeit**</u>
(zusammengetragen am 14. April 202o)

1. BMWi: Pflege ist ein Wirtschaftsfaktor

Das **Marktvolumen** des ambulanten und stationären Pflegemarktes liegt bei etwa **50 Milliarden Euro** (1/3 ambulant, 2/3 stationär). Ungefähr je 15.000 Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste mit 750.000 (stationär) und 400.000 (ambulant) Beschäftigten – insgesamt also ca. **1,2 Mio. Pflegebeschäftigte in DEU**. Innerhalb der nächsten zehn Jahre werden voraussichtlich 210.000 weitere Pflegekräfte benötigt.
Insgesamt sind mindestens **3,5 Millionen Menschen pflegebedürftig**, davon 818.000 vollstationär in Einrichtungen, 830.000 von Pflegediensten teilweise unter Einbeziehung von Angehörigen, 1,8 Mio. ausschließlich von Angehörigen zu Hause.

„Pflege ist ein Wirtschaftsfaktor

Das Marktvolumen des ambulanten und stationären Pflegemarktes betrug 2016 fast 49 Milliarden Euro (ambulant: 18,0 Milliarden Euro; stationär: 30,9 Milliarden Euro). Damit rangiert die Pflege im Gesundheitswesen an 3. Stelle hinter Krankenhäusern (92,5 Milliarden Euro) und Arztpraxen (53,0 Milliarden Euro).

Pflege ist ein Jobmotor

In Deutschland gab es Ende 2017 insgesamt 14.480 Pflegeheime mit mehr als 765.000 Beschäftigten (siehe Pflegestatistik 2017). Außerdem betreuen 14.050 ambulante Pflegedienste mit 390.300 Beschäftigten die Pflegebedürftigen. In beiden Bereichen arbeitet die Mehrzahl der Beschäftigten in Teilzeit: In den Pflegeheimen sind es 63 Prozent, im ambulanten Bereich sind es 69 Prozent. Im Vergleich zu 2015 ist die Beschäftigtenzahl um 4,7 Prozent in Pflegeheimen und um 9,8 Prozent bei ambulanten Pflegediensten gestiegen.

Mit knapp 1,2 Million Beschäftigten haben ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen zwar nur einen relativ kleinen Anteil von etwa 3,6 Prozent an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Es ist aber ein Bereich, der zuletzt stark gewachsen ist und der demografisch bedingt auch künftig wachsen wird. Allein in den letzten 10 Jahren weist die Pflegewirtschaft einen Beschäftigtenzuwachs von mehr als 40 Prozent auf. Nach dem Arbeitsmarktbericht der Bundesagentur für Arbeit 2017 verzeichnete der Wirtschaftszweig Pflege und Soziales im Vergleich zum Vorjahr mit zusätzlich 85.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit den höchsten Beschäftigtenanstieg aller Wirtschaftszweige.

Struktur des Pflegemarktes

Im stationären Bereich dominieren die freigemeinnützigen Träger mit rund 53 Prozent. Private Träger haben einen Anteil von 43 Prozent, bei öffentlichen Trägern sind es rund 4 Prozent. Im ambulanten Bereich wird die Dienstleistung in der Hauptsache von gewerblichen Trägern angeboten, das sind 66 Prozent. Freigemeinnützige Anbieter haben einen Anteil von 33 Prozent, bei öffentlichen Trägern ist es 1 Prozent (Pflegestatistik 2017).

Pflegeunternehmen sind mittelständisch

Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich sind überwiegend mittelständische Unternehmen tätig. Im stationären Bereich machen Unternehmen mit 10 bis zu 249 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten über drei Viertel aller Unternehmen aus. Dabei liegt der Hauptanteil mit zwei Dritteln bei Unternehmen bis zu 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

Wie die Bevölkerung altert, wächst auch der Pflegemarkt

Allein aus der demografischen Entwicklung ergibt sich bis zum Jahr 2030 ein zusätzlicher Bedarf an Pflegeplätzen und an Pflegepersonal:

- *In der stationären Pflege werden rund 150.000 zusätzliche Plätze benötigt.*
- *In der stationären Pflege werden rund 146.000 zusätzliche Pflegekräfte gebraucht, davon 55.000 Pflegefachkräfte.*
- *In der ambulanten Pflege besteht Bedarf an 62.000 zusätzlichen Pflegekräften, davon 36.000 Pflegefachkräften.*

(Forschungsergebnisse der Institute IEGUS/RWI 2015)

Pflege ist eine Investition in die Zukunft

Neue Pflegeplätze in der stationären Pflege haben einen Kapitalbedarf von etwa 80.000 Euro pro Platz. (IEGUS/RWI 2015). Die prognostizierten 150.000 neuen Pflegeplätze bis zum Jahr 2030 würden demnach rund 12 Milliarden Euro an Investitionen bedeuten. Wenn zudem jährlich bis zu 2,5 Prozent des Bestandes an stationären Pflegeplätzen (2013: 903.000) erneuert werden muss, ergibt sich bis zum Jahr 2030 ein Investitionsbedarf in Höhe von weiteren rund 30 Milliarden Euro. Insgesamt wären Investitionen in Höhe von geschätzt 42 Milliarden Euro erforderlich, um die nötigen Pflegeplätze bereitzustellen.

Der altersgerechte Umbau einer Wohnung kostet knapp 16.000 Euro. In den letzten Jahren wurde im Durchschnitt knapp 1 Prozent der zur Sanierung stehenden Privatwohnungen altersgerecht umgebaut. Legt man diese Rate zugrunde, entstehen bis 2030 Kosten in Höhe von rund 10 Milliarden Euro. Diese Sanierungskosten für private Haushalte sind zugleich Aufträge für die Unternehmen, die Sanierungsarbeiten ausführen, insbesondere für KMU (IEGUS/RWI 2015).

Pflege braucht mehr Fachkräfte

Bereits jetzt besteht in der Pflegewirtschaft Fachkräftemangel. In der Altenpflege sogar bundesweit. Er wird sich durch die demografische Entwicklung verschärfen.

Als eine mögliche Strategie zur Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Pflege- und Gesundheitswirtschaft erprobt das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) in einem von der GIZ umgesetzten Pilotvorhaben seit April 2016 die Ausbildung von jungen Vietnamesinnen und Vietnamesen zu Krankenpflegekräften in Deutschland. Das Krankenpflegeprojekt knüpft an das erfolgreiche Modellprojekt des BMWi zur Ausbildung von Fachkräften in der Altenpflege an. Wie bei dem Modellprojekt Altenpflege sollen auch die Ergebnisse des Krankenpflegeprojektes von Pflegeeinrichtungen als Blaupause genutzt werden. Den deutschen Pflegeeinrichtungen soll mit dem Modellprojekt ein Weg aufgezeigt werden, in Zukunft möglichst autonom eigene Kooperationen mit vietnamesischen

Partnereinrichtungen einzugehen. Dazu bietet die Publikation "Handlungsempfehlung für die Fachkräftegewinnung in der Altenpflege" Unterstützung.

Die aktuelle Zuwanderungsdynamik bietet ein großes Fachkräftepotential und damit zugleich eine große Chance auch für die Pflegewirtschaft. Zur Erschließung dieses Potentials und zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts gilt es, eine zügige Integration der Zugewanderten zu unterstützen. Das schließt die Integration in den Arbeitsmarkt ein. Zur Information für Arbeitgeber dient die Publikation "Ausbildung und Beschäftigung von Flüchtlingen in der Altenpflege".

Demografische Fakten zur Pflegewirtschaft

- *In Deutschland waren Ende 2017 gut 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig (Pflegestatistik 2017). Im Vergleich zu 2015 ist die Anzahl im Zuge der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 01.01.2017 um knapp 20 Prozent angestiegen.*
- *Etwa zwei Drittel (63 Prozent) der Pflegebedürftigen sind Frauen. 81 Prozent der Pflegebedürftigen sind 65 Jahre und älter. Der Anteil der über 85-jährigen beträgt 35 Prozent.*
- *Gut drei Viertel (76 Prozent) der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt, das sind fast 2,6 Millionen.*
- *Die häusliche Pflege von 1,8 Millionen Pflegebedürftigen übernehmen ausschließlich Angehörige, weitere 830.000 Menschen werden zu Hause zusammen mit oder vollständig von ambulanten Pflegediensten versorgt.*
- *818.000 Pflegebedürftige (rund 24 Prozent) werden in Heimen vollstationär betreut (im Schnitt 64 Pflegebedürftige pro Pflegeheim).“*

2. Marktanalyse von healthcaremarketing.eu

https://www.healthcaremarketing.eu/unternehmen/detail.php?rubric=Unternehmen&nr=52365

„Der deutsche Pflegemarkt, der heute für etwa 50 Milliarden Euro Umsatz steht, wächst bis 2030 auf potenziell 84 Milliarden Euro.“

*„Der deutsche Pflegemarkt, der heute für etwa **50 Milliarden Euro Umsatz** steht, wächst **bis 2030 auf potenziell 84 Milliarden Euro**. Zu dieser Einschätzung kommt die Unternehmensberatung Roland Berger in einem wachstumsorientierten Szenario. Im wachstumsneutralen Szenario beziffern die Münchener das Marktvolumen 2030 auf 76 Milliarden Euro. Im wachstumsreduzierten Szenario würden 2030 rund 65 Milliarden Euro mit Pflegedienstleistungen in Deutschland umgesetzt. Roland Berger stellt die Prognosen in der aktuellen Studie 'Wachstumsmotor Pflege' vor, für die zentrale Einflussfaktoren des Pflegemarkts analysiert wurden.*

Demnach wächst der deutsche Pflegemarkt seit 2005 durchschnittlich um knapp fünf Prozent pro Jahr und damit schneller als die Gesamtwirtschaft. 2015 belief sich der Branchenumsatz auf 47 Milliarden Euro. Verschiedene Trends treiben die Entwicklung voran, etwa durch steigende Nachfrage. So wächst die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 von zuletzt 2,9 Millionen voraussichtlich auf 3,5 Millionen Menschen.

Zudem steigt der Bedarf an professioneller Altenpflege in Deutschland. Heute werden mehr als 1,3 Millionen Pflegebedürftige von Angehörigen zu Hause betreut. In Zukunft müssen vermehrt Fachkräfte zum Einsatz kommen, weil immer mehr Menschen alleine leben und für bestimmte Krankheiten wie Demenz eine permanente und professionelle Pflege benötigen. Bereits jetzt

mangelt es an qualifiziertem Personal, und das treibt die Preise weiter in die Höhe, analysiert Roland Berger.

"Andererseits gehen wir auch von Trends aus, die den Pflegemarkt bremsen werden. Verstärkte Prävention und medizinisch-technischer Fortschritt werden zum Beispiel dafür sorgen, dass immer mehr Menschen länger gesund bleiben. Dadurch reduziert sich der pflegerische Aufwand am Lebensende", erklärt Oliver Rong, Partner von Roland Berger und Leiter der Healthcare Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Insgesamt sei von einer weiter positiven Entwicklung auszugehen. Dabei nehme der Wettbewerb um Personal und Marktanteile zu.

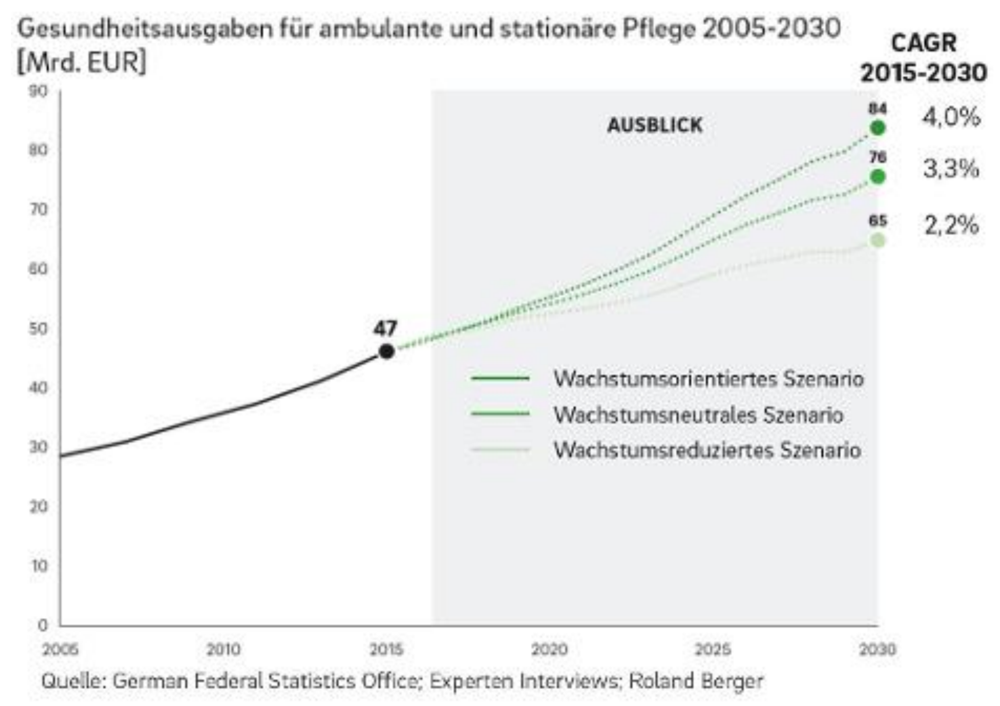


Abbildung unten: Prognosen für die Entwicklung des deutschen Pflegemarkts bis 2030 (Quelle: Roland Berger)"

3. Die Marktanalyse von Pflegemarkt.com

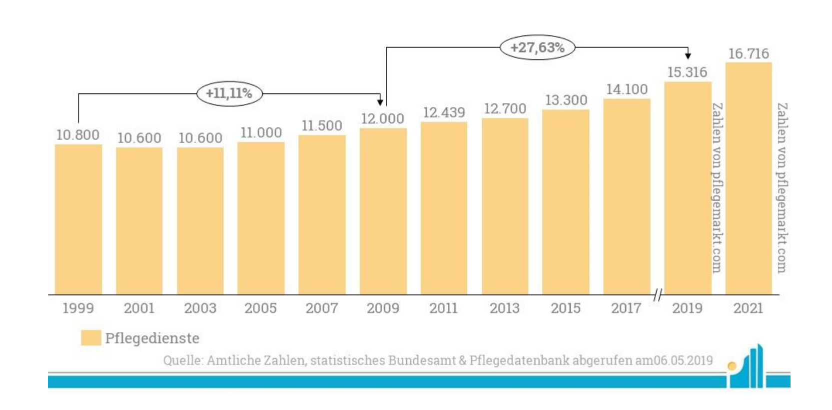
https://www.pflegemarkt.com/2019/05/27/marktanalyse-zahlen-daten-fakten-analyse-ambulant-2019/

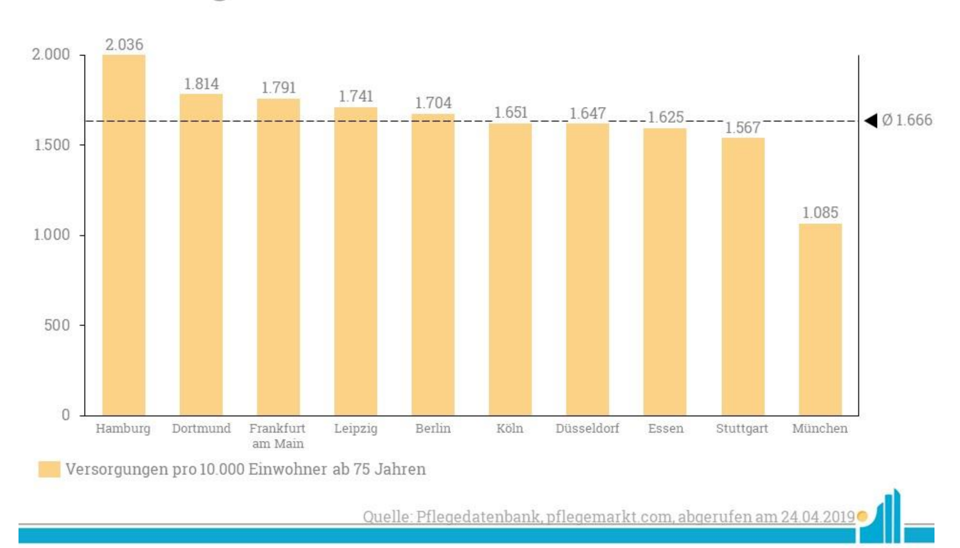
(zum Vergleich die Marktanalyse 2018: https://www.pflegemarkt.com/2018/10/26/offizielle-pflegebedarfsstatistik-2018-pflegebedarf-statistik/)

„Die Landschaft der ambulanten Pflege gilt nicht ohne Grund als eine der tragenden Säulen unseres deutschen Pflegesystem – rund 15.300 Pflegedienste versorgen zur Zeit im ganzen Land mehr als 1,5 Millionen Patienten. Der ambulante Pflegemarkt ist dabei immer wieder lokalen Schwankungen unterworfen, wie die ***Marktanalyse 2019*** *zeigt.*

Durchschnittlich versorgt ein Pflegedienst in Deutschland etwa 109 Patienten – damit kommen die aktuell 15.316 Pflegedienste auf eine ***Gesamtversorgung von etwa 1.531.00 Patienten****. Die amtlichen Statistiken gingen für Ende 2017 nur von 829.985 durch ambulante Pflegedienste versorgte Patienten aus. Während die amtlichen Angaben jedoch ausschließlich Leistungen der Pflegekassen nach SGB XI berücksichtigen, beinhaltet die Datengrundlage dieser Analyse auch Leistungsempfänger der Krankenkassen nach SGB V sowie Privatzahler. Ausgewertet wurden die in den aktuellen Transparenzberichten enthaltene Information zur Anzahl aktueller Versorgungen der*

Pflegedienste; somit wird eine möglichst realitätsnahe Analyse der aktuellen ambulanten Strukturen mit höchst möglicher Aktualität garantiert.





Grafik: https://www.pflegemarkt.com/wp-content/uploads/2019/05/Versorgung-ambulante-Pflegedienste-zehn-groesste-Staedte-Deutschland.jpg

Diese Verteilung wird auch beim Vergleich der zehn größten Städte Deutschlands deutlich. Hier belegt Hamburg den ersten Platz (2.036 Versorgungen pro 10.000 Einwohner ab 75 Jahren), während Dortmund und Frankfurt mit einigem Abstand folgen. Berlin kann sich den fünften Platz sichern, während München als Bayerns Landeshauptstadt mit gerade einmal 1.085 Versorgungen pro 10.000 Einwohner ab 75 Jahren großes Versorgungspotential zeigt, welches weit unter dem Schnitt von 1.666 Versorgungen zurückbleibt.

Das zwei der am stärksten wachsenden Pflegedienste im ersten Quartal zudem zu HomeInstead – und damit dem größten Pflegedienst der Top 15 Pflegedienste 2019 – gehören, belegt erneut die

sich langsam steigende Präsenz der größten Dienstleister in der ambulanten Pflege. Deren Anteil am ambulanten Markt stieg 2019 im Vergleich zum Vorjahr moderat um 0,4 Prozentpunkte auf nunmehr 2,4 Prozent. Die 100 größten Pflegedienste hielten zugleich einen Anteil von 4,8 Prozent – somit stellen die Top 15 Pflegedienste etwa die Hälfte des Marktanteils der Top 100 der ambulanten Dienste.

Transaktionen im ambulanten Sektor steigern sich

Trotz kleineren und größeren Transaktionen im ambulanten Sektor bleibt dieser weiterhin einer der am stärksten fragmentierten Märkte in der deutschen Pflege. Zudem steht die Summe an Transaktionen hinter jener im stationären Bereich: Während im Jahr 2018 insgesamt 281 Transaktionen im stationären Sektor stattfanden, waren es im gleichen Zeitraum nur 81 im ambulanten Bereich. Das Jahr 2019 zeigt jedoch bereits mehr Aktivitäten – bisher wurden 77 Pflegedienste und 90 Pflegeheime in Transaktionen eingeschlossen. Zugleich bewegt sich auch einiges im Management der ambulanten Pflege – so wechselt Christian Deckert von Renafan zur gemeinnützigen ProCurand GmbH, während die APD Ambulante Pflegedienste Gelsenkirchen GmbH zum ersten Mai 2019 die eigene Geschäftsführung verstärkt. Auch der Ausstieg von Stefano Wulf und Frank Höhne aus der Geschäftsführung der Deutsche Pflegegruppe GmbH und die Berufung von Stefan Hille in das Unternehmen deutet die Veränderungen und Impulse im ambulanten Sektor an. Dieser zeigt sich insbesondere im Bereich weiterer Leistungsangebote offen – besonders betreute Wohnanlagen und Wohngruppen werden zahlreich errichtet, um ein möglichst breites Spektrum an Versorgungsmöglichkeiten abzudecken.

Fazit

Der ambulante Pflegemarkt zeigt sich weiterhin als stark fragmentierter Markt, dessen Versorgungsquote je nach Bundesland und Landkreis stark schwankt. Als besonders erfolgreich präsentieren sich dabei nicht nur spezialisierte Unternehmen – auch der Verbund mit weiteren Leistungsangeboten wie betreute Wohneinheiten, Tagespflegen oder Wohngruppen stärken die ambulanten Dienste und ermöglichen weiteres Wachstum."

https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/abgeschlossene-projekte/pflege-vor-ort/projektthemen/pflegereport-2030/ (aus 2012)

„Pflegereport 2030: Die Versorgungslücke in der Pflege wächst



Der Pflegereport der Bertelsmann Stiftung prognostiziert, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 um 50 Prozent steigt. Zugleich nimmt die Zahl derjenigen ab, die in der Pflege arbeiten. Demnach werden fast 500.000 Vollzeitkräfte in der Pflege fehlen, wenn sich die derzeiten Trends fortsetzen.

Der demographische Wandel verändert die Gesellschaft. Auf der einen Seite stehen die Chancen eines längeren Lebens. Auf der anderen Seite benötigen immer mehr Menschen Untersützung und

Begleitung im Alltag. Pflegebedürftigkeit ist ein allgemeines Lebensrisiko, von dem die Mehrheit der Bevölkerung im Lauf des Lebens betroffen sein wird. Diese Entwicklung setzt vor allem die Kommunen unter Druck - denn Pflege findet vor Ort statt.

Deutliche regionale Unterschiede

Für den Pflegereport der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2012 hat Prof. Dr. Heinz Rothgang von der Universität Bremen erstmals auf Ebene der Landkreise und der kreisfreien Städte die Situation der Pflegebdürftigen bis zum Jahr 2030 vorausberechnet. Basis der Berechnungen waren die Bevölkerungsprognose des "Wegweiser Kommune" der Stiftung sowie die Pflegestatistik aus dem Erhebungsjahr 2009. Dabei zeigt sich, dass die Zahl der Pflegebedürftigen auf 3,4 Millionen steigen, während die Zahl der Menschen abnehmen wird, die in der Pflege tätig sind. Insgesamt werden 500.000 Vollzeitkräfte fehlen, wenn nicht gegengesteuert wird. Der Report zeigt aber auch, dass die Versorgungslücke in den Bundesländern und Kommunen sehr unterschiedlich ausfällt:

- *Von 2009 bis 2030 steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Bremen um 28 Prozent, in Mecklenburg-Vorpommern um 56 Prozent und in Brandenburg sogar um 72 Prozent.*
- *Auf der kommunalen Ebene sind Unterschiede sogar noch ausgeprägter: Hier reichen die Steigerungsraten von knapp 14 Prozent (Goslar) bis zu mehr als 100 Prozent (München, Oberhavel).*

Konsequenter Vorrang für ambulante Pflege

Die Dynamik der Entwicklung hängt fast ausschließlich von der Altersstruktur der jeweiligen Kommune ab. Die Schlussfolgerungen des Reports: Die drohenden Versorgungslücken lassen sich durch professionelle Pflege allein nicht schließen. Nur ein konsequenter Vorrang der ambulanten Pflege - etwa unter Integration zivilgesellschaftlichen Engagements - kann die Lücken entschärfen. Der Report legt dar, wie sich die Verteilung der unterschiedlichen Versorgungsformen - also stationäre Pflege, ambulante Pflege oder Angehörigenpflege - in Zukunft unter verschiedenen Annahmen entwickeln wird und welche Auswirkungen dies für die Personalsituation in Pflegeeinrichtungen hat.

Die Bertelsmann Stiftung bereitet derzeit eine Aktualisierung der Pflegeprognosen auf Kreisebene vor. Diese werden auf www.wegweiser-kommune.de zur Verfügung gestellt. Sie können sich dort informieren, wie es um die Pflegesituation in jedem Kreis beziehungsweise jeder kreisfreien Stadt bestellt ist.“

Die **Studie der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2012** ging von einem Anstieg der Pflegebedürftigen in DEU von ungefähr 2,3 Mio. in 2009 auf 3,5 Mio. in 2030 aus:
„7.1.2.1 Projektion auf Bundesebene

Wie wird sich nun die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland insgesamt entwickeln?

Auf Bundesebene wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen gemäß den hier vorgenommenen Szenarien von 2,330 Millionen im Jahr 2009 auf 3,435 Millionen im Jahr 2030 ansteigen (Tabelle 2 und Abbildung 9). Dies entspricht einem Anstieg von 47,4 Prozent des Ausgangswertes. Die Zahl der pflegebedürftigen Männer wird dabei mit 479.000 geringer ansteigen als die der Frauen mit 627.000. Da die männliche Bevölkerung in den oberen Altersjahren (70+) nicht zuletzt infolge der Weltkriege derzeit jedoch weniger stark vertreten ist als die der Frauen, fällt der prozentuale Anstieg bei den Männern mit 62,2 Prozent deutlich höher aus als bei den Frauen mit 40,1 Prozent. Der Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Menschen ist damit im Status-quo-Szenario, das

konstante Pflegewahrscheinlichkeiten über die Zeit unterstellt, überwiegend von der Veränderung der älteren Bevölkerung (70+) geprägt, die einem besonders hohen Risiko von Pflegebedürftigkeit ausgesetzt ist.“ (Seite 35)

https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf
Der für 2030 prognostizierte Wert wurde in der Realität bereits zehn Jahre vorher erreicht (in diesem Jahr – 2020)!

Das **BiB** geht (Stand: 2019) von 4,1 Mio. Pflegebedürftigen in 2030 und 5,5 Mio. in 2050 aus.(https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html):

„Zahlen und Fakten

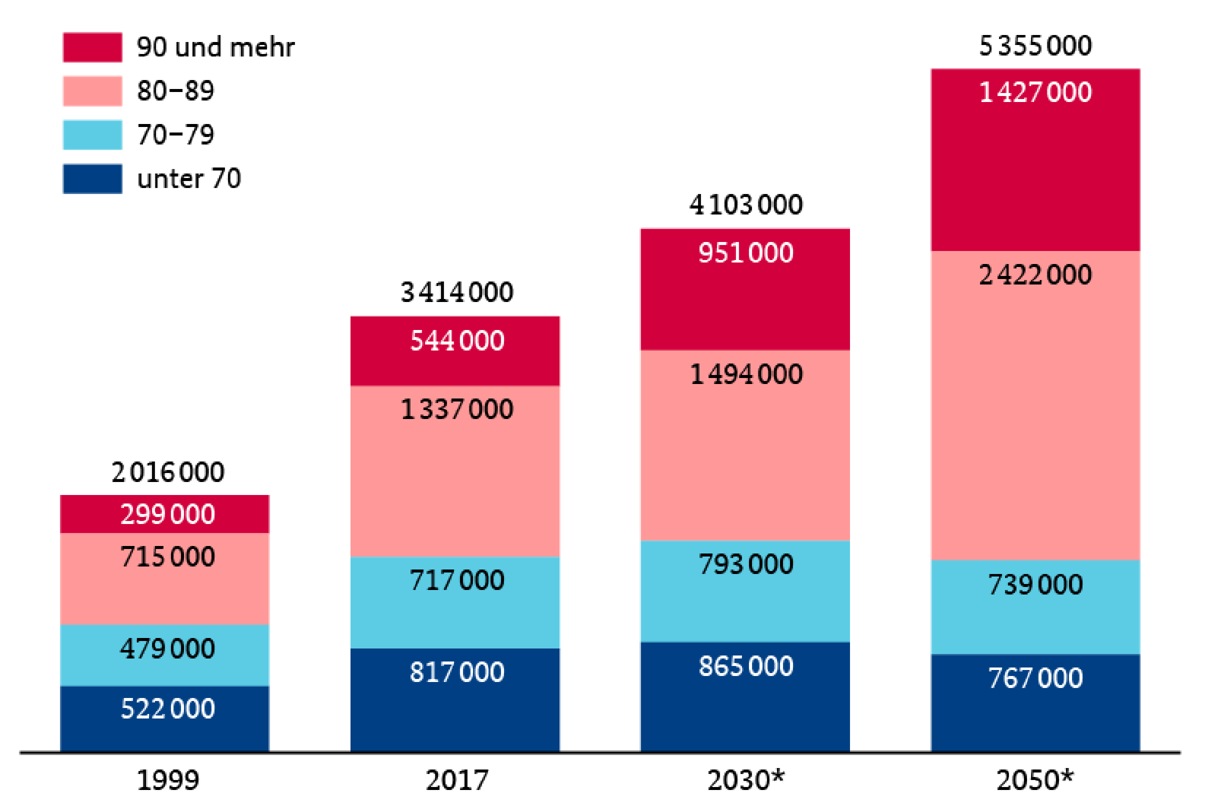
Anzahl der Pflegebedürftigen steigt vor allem bei den Hochbetagten

Zwischen 1999 und 2017 ist die Zahl pflegebedürftiger Personen in Deutschland um 1,4 Millionen gestiegen und könnte bis 2050 um weitere zwei Millionen zunehmen.

Die Bevölkerung in Deutschland unterliegt einem raschen Alterungsprozess: Die Zahl älterer Menschen und ihr Bevölkerungsanteil nehmen zu. Da Menschen mit steigendem Alter vermehrt pflegebedürftig sind, wächst auch die Anzahl der pflegebedürftigen Personen. Zwischen 1999 und 2017 ist sie von 2,0 auf 3,4 Millionen gestiegen. Unter der vereinfachenden Annahme, dass die aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten unverändert bleiben, könnte die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050 auf deutlich über 5 Millionen steigen.

Ein wesentlicher Treiber dieser Entwicklung sind die Babyboomer-Jahrgänge, die Ende der 1950er Jahre und in den 1960er Jahren geboren wurden und ab 2030 zunehmend die Altersgruppen mit einem höheren Pflegebedarf erreichen. Dies zeigt sich darin, dass die Zahl der Pflegebedürftigen ab diesem Zeitpunkt vor allem bei den über 80-Jährigen stark wächst. Sobald diese geburtenstarken Jahrgänge aus einer Altersgruppe herauswachsen, sinkt aufgrund schwächerer nachrückender Jahrgänge in der Regel auch wieder die Zahl der Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe.“

Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999–2050



* Annahmen: konstante alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten des Jahres 2017;
Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 2 der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung
Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen: BiB

Anlage 5

KM 4 – 51000/29#2 3. April 2020
Bearbeiter: Stephan Kohn update: 9.4.20

A R B E I T S M A T E R I A L

Betr.: Zur Krisenbewältigung benötigte Informationen und Daten (Coronakrise / Covid-19 / SARS-CoV-2)
Empfehlungen zu einem Berichtswesen

Zur Wahrnehmung der hiesigen Grundsatzaufgabe „Schutz Kritischer Infrastrukturen" benötigen wir aktuelle einschlägige Informationen über zu erwartende längerfristige Auswirkungen der Corona-Pandemie und der in diesem Zusammenhang getroffenen Maßnahmen. Diese Daten sollen uns helfen, die kommenden Herausforderungen im systemischen Gesamtzusammenhang einzuschätzen und ggf. Impulse zu setzen, um die Versorgung von Bevölkerung/Unternehmen/Behörden mit lebenswichtigen und systemwichtigen Produkten und Dienstleistungen langfristig zu sichern.

Warum werden Daten benötigt? Was ist der Zweck von Datenanalysen?

Daten werden benötigt, um die Schwere der Gefahren für unsere Gesellschaft durch den Virus einschätzen zu können. Möglichst umfassende Daten sind die Voraussetzung dafür, dass gleichzeitig **wirksame** als auch **verhältnismäßige** Schutzmaßnahmen konzipiert und zeitnah umgesetzt werden können.
Schutzmaßnahmen, die eine hohe Wirksamkeit entfalten, können ebenso hochwirksame, aber **unerwünschte Nebenwirkungen** auslösen und für die Gesellschaft eine eigene Gefahr darstellen. Um diese rechtzeitig zu erkennen und darauf reagieren zu können, werden auch dafür einschlägige Daten benötigt.
Daten aus der Gegenwart und Vergangenheit führen nicht automatisch zu richtigen Prognosen über die Zukunft. Sie können aber helfen, Plausibilitäten für Handlungsoptionen zu bilden und damit die Entscheidungsfindung unterstützen. Je besser die Datenbestände und ihre Analyse sind, desto besser lässt sich das Risiko von Fehlentscheidungen begrenzen. Es ist hier nicht erkennbar, ob die in diesem Papier zusammengestellten Datentypen vorliegen und bereits systematisch in die Entscheidungsfindung einfließen.
Wir haben es offenkundig mit einem System von zwei miteinander verkoppelten und gleichermaßen großen Gefahren für unsere Gesellschaft zu tun:

1. Schäden durch Erkrankung und Tod durch Covid-19 (als externe Bedrohung)
2. Schäden durch das Aussetzen zivilgesellschaftlicher, ökonomischer und sozialer Grundprozesse
   (selbst ausgelöste Bedrohung als Funktion der Bemühungen, Schäden durch 1. zu begrenzen).

Durch welche der beiden Gefahren der größere Schaden droht, kann annäherungsweise in einer systematischen Gegenüberstellung ermittelt werden. Dafür werden die Daten benötigt.
Beispiel: Der Umfang der bereits heute erreichten Durchseuchung der Bevölkerung ist nicht bekannt.
Veranschaulichung: Es fehlen Daten über den Anteil der bereits infizierten Personen in Deutschland (Grad der Durchseuchung). Da die Bevölkerung mangels Verfügbarkeit von Tests bisher noch nicht komplett durchgetestet werden konnte, kann nicht abgeschätzt werden, mit wie vielen Corona-Todesfällen in Deutschland insgesamt gerechnet werden muss. Nicht alle Infektionen führen zu einer Erkrankung, viele verlaufen sogar völlig symptomfrei. Falls bereits heute z.B. 35-40 Prozent der Bevölkerung den Virus tragen – was man aktuell nicht weiß – , wäre die Letalität von

Corona gleichauf oder niedriger als bei der normalen Grippe (die schlimm genug ist). Die Gesamtzahl der Sterbefälle in Deutschland längen für 2020 auf den langjährigen Durchschnittswerten – also auf den Werten, die in der Vergangenheit keinerlei gesonderte Schutzmaßnahmen erfordert hatten. Dann läge der gesellschaftliche Schaden durch Corona nahe bei Null, während unsere Gesellschaft erhebliche Nachteile in Kauf zu gewärtigen hätte.

Wie kommt man von den reinen Daten zu verdichteten hochwertigen Informationen, die den Entscheidern bestmögliche Orientierung bieten? (=Berichtswesen)

Die im folgenden Katalog zusammengetragenen Daten müssen in einem Folgeschritt in handhabbare Kennzahlen umgearbeitet werden und dann noch einmal für ein Berichtswesen aufbereitet werden, das den Entscheidern in Krisenstäben, sowie den einbezogenen Stellen aus Verwaltung und Politik zur Verfügung gestellt werden müssen.
Diese Daten und Kennzahlen werden in der Coronakrise benötigt zur Konzeption von Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe in DEU und zur Bewertung der Risiken und Gefahren für Kritische Infrastrukturen in unserem Land. Sie sollen die Entscheider in den Krisenstäben, in der Verwaltung und in der Politik in die Lage versetzen oder dabei unterstützen, sachgerechte Maßnahmen zur Abwendung von Schaden von unserer Gesellschaft zu beschließen.
Methodisch empfiehlt sich eine Mischung aus klassischem Controlling und Strategischer Planung, die für den öffentlichen Sektor angepasst wurden. Ich rege an, den Autor des Standardwerks[1] zu diesem Thema, Rainer Heinz, aus dem Stab der OBn von Köln anzuwerben (ggf. zeitweilig) – oder einen vergleichbaren Experten, um das vorgeschlagene Modell zeitnah und praxistauglich auszuarbeiten (es fehlen u.a. noch Steuerungsoptionen). Im BMI gibt es diese Expertise nicht. Die hier beschriebene Funktion ist ein integrales Element des Krisenbewältigungsinstrumentariums und muss in die Krisenstabsorganisation eingebunden sein. Die Arbeit muss eigenständig und unbeeinflusst ausgeübt werden. Das Berichtswesen erfolgt formell stets gegenüber der Hausleitung (als Auftraggeber), die den Verteiler und den Umfang der weiterzugebenden Daten autorisiert.
Die im folgenden beschriebenen Daten liegen in der Fachhoheit der Ressorts (Kommunal- und Länderdaten fehlen hier noch). Sie werden aber zentral benötigt zur Vorbereitung von übergreifenden Entscheidungen zur Bewältigung einer übergreifenden Krise. Da es nicht um ein politisches Vorhaben geht, sondern um operatives Krisenmanagement, sehe ich nicht das BK als zuständig an, sondern den Bundesinnenminister als das für den Zivilschutz und den Bevölkerungsschutz zuständige Regierungsmitglied. Dieses spezifische Berichtswesen muss in seiner Hand bleiben.
Die besten Verwaltungsprozesse und objektivste Beratung können nicht helfen, wenn am Ende andere, sachfremde Aspekte die Entscheidungen prägen. Zwei mögliche Faktoren, die eine rationale Entscheidungsfindung stören können sind 1. individualpolitische oder parteipolitische Aspekte und 2. psychologische Effekte (eigene Ängste, Überforderung, „so will ich nicht gekannt/gesehen werden“, …). Trotz bester Vorbereitung können durch derartige Störungen – aus der Perspektive der Bevölkerung und der Gesellschaft überhaupt (als um Überleben und Wohlergehen ringendes Subjekt) – suboptimale Entscheidungen getroffen werden. Dieser Komplex darf in der systematischen Weiterentwicklung von Krisenbewältigungsinstrumenten nicht ausgespart werden, auch dafür könnten Angebote und Optionen entwickelt werden.

Es wird empfohlen, die folgenden Daten bei **BMG** abzufragen und einzufordern:
Hinweis: Für alle zu beschaffenden Daten werden auch Angaben über die jeweiligen Datenquellen und die Art und Weise der Erhebung benötigt.

1. **Differenzierte Daten über Todesfälle im Zusammenhang mit Corona** für die jeweils betrachtete Zeitdauer (Tag, Woche, Monat, Jahr, fünf-Jahres Intervall, Dekade)
   Erkenntnisinteresse: Herausdestillieren der spezifischen qualitativen und quantitativen Auswirkung von Corona auf die Entwicklung des Sterbe-Geschehens

[1] Kommunales Management, Rainer Heinz, Schäffer-Poeschel, 2000, ISBN: 3791016091

in DEU. Auf der Basis der beschriebenen Daten können folgende Fragen besser beantwortet werden: Wie viele zusätzliche Sterbefälle löst Corona in Deutschland aus (absolut und prozentual)? In welchen Größenordnungen unterscheiden sich die Sterbezahlen durch Corona und durch Grippe (bisher und prognostiziert)? Welches sind die bedeutendsten Risikogruppen?

- Todesfälle insgesamt im Zusammenhang mit Corona
- Todesfälle bei denen **Corona auf dem Totenschein** als Todesursache eingetragen ist
- gestorben explizit an Corona (Lungenversagen, intubiert), nach Zeitintervall und summiert
- gestorben an Vorerkrankungen/Vorbelastungen + mit Corona infiziert (differenziert nach Kumulation von Vorerkrankungen oder Dispositionen)
    - am Tod beteiligte **Vorerkrankung A**: Zahl der Coronatoten mit dieser Vorerkrankung, Zahl der an A verstorbenen ohne Corona Bezug (zusätzlich: aber mit Grippe/Infekt), Zahl der in Normalzeiten durchschnittlich an A verstorbenen (Variante: mit und ohne Grippe/Infekt) - jeweils differenziert nach Schweregrad und Ausprägung von A; zusätzlich: welche Wechselwirkungen genau bestehen zwischen Corona und A und woran genau sterben die betroffenen Patienten? (Beispiel: Bluthochdruck ist keine Krankheit, bei der die Abwehrkraft geschwächt wäre; macht es einen Unterschied, ob der Bluthochdruck medikamentös behandelt und gut oder schlecht eingestellt ist?)
    - dito für **Vorerkrankung B**
    - dito für **Vorerkrankung C**
    - dito für **Vorerkrankung D**
    - dito für **Vorerkrankung E**
- gestorben an Corona ohne eine der Vorerkrankungen A-E
- gestorben an Corona ohne eine der Vorerkrankungen A-E sowie unter 80/70/60/40 Jahre
- welche Lebenserwartung hatten die Verstorbenen vor ihrer Corona-Infektion (nach Alterskohorten)

2. **Differenzierte Daten über Todesfälle** jenseits von Corona für die jeweils betrachtete Zeitdauer (Tag, Woche, Monat, Jahr, fünf-Jahres Intervall, Dekade) – diese Daten werden für verschiedenen Jahre benötigt, um diese untereinander vergleichen zu können
    - Todesfälle insgesamt
    - Todesfälle, die zuvor in einem länger andauernden Sterbeprozess lebten
    - gestorben explizit an Grippe/Influenza
    - gestorben an Vorerkrankungen/Vorbelastungen + mit Grippe/Influenza
        - am Tod beteiligte Vorerkrankung A: Zahl der Grippe/Influenza-Toten mit dieser Vorerkrankung, Zahl der an A verstorbenen ohne Grippe Bezug (zusätzlich: aber mit Grippe/Infekt), Zahl der in Normalzeiten durchschnittlich an A verstorbenen (Variante: mit und ohne Grippe/Infekt)

- jeweils differenziert nach Schweregrad und Ausprägung von A; zusätzlich: welche Wechselwirkungen genau bestehen zwischen Grippe/Influenza und A und woran genau sterben die betroffenen Patienten? (Beispiel: Bluthochdruck ist keine Krankheit, bei der die Abwehrkraft geschwächt wäre; macht es einen Unterschied, ob der Bluthochdruck medikamentös behandelt und gut oder schlecht eingestellt ist?)
    - dito für Vorerkrankung B
    - dito für Vorerkrankung C
    - dito für Vorerkrankung D
    - dito für Vorerkrankung E
- gestorben an Grippe/Influenza ohne eine der Vorerkrankungen A-E
- gestorben an Grippe/Influenza ohne eine der Vorerkrankungen A-E sowie unter 80/70/60/40 Jahre

3. **Schwere Krankheitsverläufe von eigenständigen Corona-Infektionen** (ohne Beteiligung von Vorerkrankungen/Dispositionen)
    - Anzahl von behandlungsbedürftig Erkrankten (nach zeitlichen Intervallen und Gesamtsumme) für Alterskohorten
    - Anzahl der leichten, mittelschweren und schweren Verläufe incl. letaler Verläufe (absolut und prozentual) nach Alterskohorten
        - Zu Hause behandelte Fälle nach Verlaufscharakter (leicht, mittel, schwer) und nach zeitlichen Intervallen
        - In Krankenhäusern behandelte Fälle nach Verlaufscharakter (leicht, mittel, schwer) und nach zeitlichen Intervallen
        - In sonstigen Einrichtungen behandelt Fälle nach Verlaufscharakter (leicht, mittel, schwer) und nach zeitlichen Intervallen

4. Zahlen zum Zusammenhang zwischen mittels Test **nachgewiesenen Infektionen** (je leichten, mittleren und schweren Verlaufs) **und Gesamtzahl der Tests**, davon Anteil der schwer verlaufenden Krankheitsverläufe
5. **Durchgeführte Tests** nach Zeitintervall und Gesamtsumme der Test und Z**ahl der absolut getesteten Personen** (ohne Mehrfachtestungen der gleichen Person) nach Zeitintervall und summiert;
    - Zahl der anlassbezogenen Tests und Anteil der mehrfach getesteten Personen (absolute Zahl und prozentualer Bevölkerungsanteil) nach Zeitintervall und summiert,
    - anlassbezogen getestete Personen mit positivem Testergebnis (absolute Zahl und prozentualer Bevölkerungsanteil) nach Zeitintervall und summiert, Anteil der mehrfach getesteten Personen
    - **anlasslos getestete Personen nach Zeitintervall und summiert (mit prozentualem Anteil an Gesamtbevölkerung), sowie nach Alterskohorten und Gesundheitsstatus (Vorerkrankungen, im Sterbeprozess befindliche)**

6. Zahl der durchschnittlich in dem betrachteten Zeitintervall versterbenden von über 65 Jahren und der tatsächlich verstorbenen mit und ohne Virusbeteiligung, sowie mit und ohne schwerwiegende Vorerkrankungen
7. Zahl der durchschnittlich **„im Sterbeprozess" befindlichen Patienten** nach Alterskohorten und auf Vergleichsintervalle bezogen
    - Durchschnittlich zu jedem Zeitpunkt vorhandene im Sterbeprozess befindliche Personen
8. Anteil der **an Alterserkrankungen verstorbenen** an der Zahl aller Verstorbenen (müsste bei ca. 90 Prozent liegen)
    - Verglichen mit der Zahl der explizit an Corona verstorbenen (mit/ohne Vorerkrankungen) nach Zeitintervall und in 2020 bis heute (auf jeden Fall für das gleiche Intervall, wenn für die verschiedenen Sachverhalte nicht der volle Zeitraum bis heute erfasst wurde)
9. **Bereinigte Coronatote** (nach Streeck, Wittkowski, u.a.)
10. **Zahl der Suizide** im zeitlichen Vergleich

Es wird empfohlen, die folgenden Daten bei **BMAS** abzufragen und einzufordern:
Hinweis: Für alle zu beschaffenden Daten werden auch Angaben über die jeweiligen Datenquellen und die Art und Weise der Erhebung benötigt.

1. **Arbeitsmarktdaten**
    - Zahl der Arbeitssuchenden (über die Zeit, um Anstieg zu erkennen und zu quantifizieren)
    - Zahl der Arbeitslosenmeldungen (über die Zeit, um Anstieg zu erkennen und zu quantifizieren)
    - Zahl der Kurzarbeiter (über die Zeit, um Anstieg zu erkennen und zu quantifizieren)
2. **Sozialleistungen** der öffentlichen Hand (einschließlich staatlicher/öffentlicher Sozialversicherungen, deren Daten gesondert auszuweisen wären), möglichst tagesaktuelle Werte; zusätzlich Prognosen und Projektionen in die Zukunft (bisherige und durch die Krise neu berechnete)
    - Zahl der Bezieher von Arbeitslosengeld
    - Zahl der Bezieher von Hartz IV wegen Arbeitslosigkeit und insgesamt
    - Ausgaben der öffentlichen Haushalte für Arbeitslosengeld
    - Ausgaben der öffentlichen Haushalte für Arbeitslosengeld
    - Ausgaben der öffentlichen Haushalte für Hartz IV wegen Arbeitslosigkeit und insgesamt
    - Einnahmen der öffentlichen Haushalte durch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, Anzahl der Beitragszahler
    - Einnahmen der öffentlichen Haushalte durch Beiträge zur Rentenversicherung, Anzahl der Beitragszahler
    - Ausgaben der öffentlichen Haushalte durch Beiträge zur Rentenversicherung, Anzahl der Rentenbezieher
    - Einnahmen der öffentlichen Haushalte durch Beiträge zur Pflegeversicherung, Anzahl der Beitragszahler
    - Ausgaben der öffentlichen Haushalte durch Beiträge zur Pflegeversicherung, Anzahl der Rentenbezieher

- Zahl der Kinder, für die Kindergeld bezogen wird (im Inland, Ausland lebend)
- Zahl der Bezieher von Sozialleistungen / Transferleistungen und Summe der Ausgaben
- Daten zur Pflege in Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung

Es wird empfohlen, die folgenden Daten bei **BMWi** abzufragen und einzufordern (hier bisher nur rudimentäre angelegt):
Hinweis: Für alle zu beschaffenden Daten werden auch Angaben über die jeweiligen Datenquellen und die Art und Weise der Erhebung benötigt.
Wirtschaftliche Eckdaten und die Frage *„Mit welchen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das deutsche Wirtschaftsgeschehen ist in den nächsten Jahren Ihrer Einschätzung nach zu rechnen? Welche Annahmen und Szenarien haben Sie für Ihre Einschätzung berücksichtigt?“*
Konjunkturdaten, Prognosen
Umsatz- und Ertragslage der DEU Wirtschaft, Prognosen
Auswirkungen weltwirtschaftlicher Dynamik auf die deutschen Unternehmen
Mittelständische Wirtschaft (Zahlungsunfähigkeiten, Konkurse, Beschäftigteneffekte)
Wirtschaftspolitische Effekte auf Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit in den Sektoren und Branchen – gesondert Betreiber oder Zulieferer Kritischer Infrastrukturen

Es wird empfohlen, die folgenden Daten bei **BMF** abzufragen und einzufordern (hier bisher nur rudimentäre angelegt):
Hinweis: Für alle zu beschaffenden Daten werden auch Angaben über die jeweiligen Datenquellen und die Art und Weise der Erhebung benötigt.
Finanz- und haushaltpolitische Eckdaten und die Frage *„Mit welchen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das deutsche Wirtschaftsgeschehen ist in den nächsten Jahren Ihrer Einschätzung nach zu rechnen? Welche Annahmen und Szenarien haben Sie für Ihre Einschätzung berücksichtigt?“*
Wirtschaftspolitische Effekte auf Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit in den Sektoren und Branchen – gesondert Betreiber oder Zulieferer Kritischer Infrastrukturen
Steuereinnahmen von Bund, Ländern und Kommunen
Ausgabenentwicklung von Bund, Ländern und Kommunen
Finanzpolitische Stabilität national und international

Es wird empfohlen, die folgenden Daten bei **BMBF** abzufragen und einzufordern:

1. **Bildungsdaten**
   - Zahl der Schüler, Studenten, Auszubildenden
   - Kosten für allgemeinbildende Schulen und öffentliche Ausbildungsstätten
   - Daten zum Kompetenzstand und zur Kompetenzentwicklung des Nachwuchses (internationale Vergleiche wie PISA, TIMSS, Mathematik-Olympiade, …)
   - Kosten für Forschung und Entwicklung

Es wird empfohlen, die folgenden Daten aus dem **BMI** zusammen zu tragen (großteils bereits realisiert):
Hinweis: Für alle zu beschaffenden Daten werden auch Angaben über die jeweiligen Datenquellen und die Art und Weise der Erhebung benötigt.

1. **Verschiedenes**
   - Sicherheitsrelevante Daten (incl. IT-Sicherheit) und Lageinformationen
   - Geburtenzahlen, Daten zur demografischen Dynamik
   - Entwicklung der Lebenserwartung (u.a. in Abhängigkeit von gesellschaftlichem Wohlstand)
   - Kerndaten zum Migrationsgeschehen

Außerdem müssen die Erkenntnisse der Bevölkerungsforschung qualitativ ausgewertet werden.

Über den Autor: Der Autor dieses Dokuments (Stephan Kohn) ist Referent im Referat KM4 und zuständig für den Schutz Kritischer Infrastrukturen. Er ist ausgebildeter Diplompolitologe und Magister der Verwaltungswissenschaften. Vor seinem Wechsel ins BMI war er bei der Kommunalen Gemeinschaftsstelle (KGSt) tätig und dort an der Entwicklung des Neuen Steuerungsmodells beteiligt, nach dem vor allem (aber nicht) nur die Kommunale Ebene seit den 80er Jahren modernisiert wurde (Verwaltungsmanagement). Bei der KGSt hat Kohn sich u.a. mit Controlling beschäftigt und in diesem Zusammenhang in der Bertelsmann Stiftung in dem Controllingstab hospitiert, der dem Firmengründer Reinhard Mohn entscheidungsrelevante Daten seines Konzerns und der Stiftung verdichtet aufbereitete. Zuvor war er in der Berliner Verwaltung und im Landesparlament in verschiedenen politiknahen Bereichen beschäftigt, in der Politischen Bildung und als Lehrbeauftragter an der FU Berlin. Vielfache Fortbildungen (u.a. 10 Module zur Systemischen Beratung, Öffentlichkeitsarbeit, Pressesprecher). Im BMI hat Kohn an einem größeren Projekt zur strategischen Vorausschau mitgearbeitet und Erfahrungen in den Abteilungen O, IT, G, D, M und KM gesammelt (seit 2000). Breite internationale Erfahrungen hat er in Arbeitsgruppen (und Ratsarbeitsgruppen) in der EU, bei OECD, EuR und Nato gewonnen, sowie bei einem fünfmonatigen Arbeitseinsatz bei der EU KOM. Im Aufgabenbereich „Schutz Kritischer Infrastrukturen“ der BMI-Katastrophenschutzabteilung arbeitet Herr Kohn seit sieben Jahren.

Anlage 6

Von: Kohn, Stephan
Gesendet: Mittwoch, 25. März 2020 18:52
An: ALKM_; SVALKM_; RegKM4
Cc: KM4_; Amler, Volker; Schmidt, Sören; Walter, Andre, Dr.; Stoeckert, Christian
Betreff: Weiterleitung WG: 1. Zwischenbericht zur Bewertung der Corona-Krise aus der Perspektive "Grundsatzfragen des Schutzes Kritischer Infrastrukturen"

KM 4 – 51000/29#2

Unten stehender erster Zwischenbericht wurde in Referat KM4 (genauer: von mir) in eigener Zuständigkeit für „Grundsatzfragen des Schutzes Kritischer Infrastrukturen" erstellt und sollte m.E. den im strategischen Krisenmanagement tätigen sowie der Hausleitung/Leitungsebene und dem Planungsreferat G zur Kenntnis gegeben werden.
Ich bitte um Mitteilung, ob und in welcher Form das geschehen kann.

Herr Amler hat mich gebeten, mit diesem Anliegen unter meinem Namen und nicht im Namen von KM4 zu agieren, da er den dienstlichen Bezug nicht sieht.
Bitte bilden Sie sich selbst eine Meinung.

Mit freundlichen Grüßen
Stephan Kohn (KM 4) - nicht „im Auftrag"
-10215

Von: Walter, Andre, Dr. <Andre.Walter@bmi.bund.de>
Gesendet: Montag, 23. März 2020 12:02
An: Kohn, Stephan <Stephan.Kohn@bmi.bund.de>
Cc: Amler, Volker <Volker.Amler@bmi.bund.de>
Betreff: WG: 1. Zwischenbericht zur Bewertung der Corona-Krise aus der Perspektive "Grundsatzfragen des Schutzes Kritischer Infrastrukturen"

Lieber Stephan,

vielen Dank für die Darstellung, die ich für sehr gelungen und zutreffend halte.

Vielleicht können wir zumindest die Denkanstöße in dieser Richtung bei unserer zukünftigen Kommunikation mit transportieren.

Gruß,
Andre

Von: Amler, Volker <Volker.Amler@bmi.bund.de>
Gesendet: Montag, 23. März 2020 11:53
An: Schmidt, Sören <Soeren.Schmidt@bmi.bund.de>
Cc: Walter, Andre, Dr. <Andre.Walter@bmi.bund.de>
Betreff: WG: 1. Zwischenbericht zur Bewertung der Corona-Krise aus der Perspektive "Grundsatzfragen des Schutzes Kritischer Infrastrukturen"

Nur zK, ggf. beratendes Feedback

Mit freundlichen Grüßen
Volker Amler, KM 4
Hausruf 10214 Raum C.4.489

Von: Kohn, Stephan <Stephan.Kohn@bmi.bund.de>
Gesendet: Montag, 23. März 2020 11:09
An: Amler, Volker <Volker.Amler@bmi.bund.de>; RegKM4 <RegKM4@bmi.bund.de>
Cc: KM4_ <KM4@bmi.bund.de>; Walter, Andre, Dr. <Andre.Walter@bmi.bund.de>; Stoeckert, Christian <Christian.Stoeckert@bmi.bund.de>
Betreff: AW: 1. Zwischenbericht zur Bewertung der Corona-Krise aus der Perspektive "Grundsatzfragen des Schutzes Kritischer Infrastrukturen"

Frage zum weiteren Verfahren: Ist dieser Zwischenbericht aus Ihrer Sicht am besten in der Akte aufgehoben, oder sollte damit irgendetwas geschehen (z.B. Verteiler zur Kenntnisnahme)?
Gruß
Stephan Kohn

Von: Kohn, Stephan
Gesendet: Montag, 23. März 2020 10:05
An: Amler, Volker <Volker.Amler@bmi.bund.de>; Walter, Andre, Dr. <Andre.Walter@bmi.bund.de>; Stoeckert, Christian <Christian.Stoeckert@bmi.bund.de>; RegKM4 <RegKM4@bmi.bund.de>
Cc: KM4_ <KM4@bmi.bund.de>
Betreff: 1. Zwischenbericht zur Bewertung der Corona-Krise aus der Perspektive "Grundsatzfragen des Schutzes Kritischer Infrastrukturen"

KM 4 – 51000/29#2
Berlin, den 23. März 2020

Hier ist mein

1. Zwischenbericht zur Bewertung der Corona-Krise aus der Perspektive „Grundsatzfragen des Schutzes Kritischer Infrastrukturen“

Es drohen die Schutzmaßnahmen vor dem Virus zu einer eigenen, ernsthaften Bedrohung unserer Kritischen Infrastrukturen zu werden.
Ich vergleiche das mit einem partiellen Hausbrand. Mit punktuellen Löschungen und einem kontrollierten Abbrennen-lassen von einzelnen Gebäudeteilen kann ein Gesamtensemble voraussichtlich weitgehend gerettet werden. Mit einem komplett unter-Wasser-setzen würde die Substanz irreversibel zerstört, so dass das Ensemble anschließend komplett abgerissen und vollständig neu aufgebaut werden muss. Es erscheint derzeit so, als würden wir unser Gemeinwesen

zerlegen, um Schlimmeres zu verhindern. Aber was kann es Schlimmeres geben, als dass unser Gemeinwesen zerlegt ist?

Die nationalen Maßnahmen zum Schutz vor Ansteckung durch das Coronavirus bewirken weitreichende Nachteile und Nebenwirkungen für unsere Gesellschaft und bergen Risiken in sich, die schwer zu kalkulieren sind. Im Mittelpunkt meiner Betrachtungen stehen die Auswirkungen auf die essentiellen Versorgungsleistungen im weitesten Sinne von Kritischen Infrastrukturen und die Frage nach der Verhältnismäßigkeit und den langfristigen Perspektiven für verschiedene Handlungsstrategien.

Bei der Beurteilung der Schutzmaßnahmen (Aussetzen der Normalität in allen gesellschaftlichen Bereichen, Reduktion auf Überlebensnotwendiges) sind verschiedenen akute gesellschaftliche Entwicklungen und Rahmenbedingungen zu beobachten.

1. Psychologische und verhaltensmäßige Auswirkungen: Verändertes Kommunikationsverhalten, Auswirkungen auf die Vertrauensbildungsfähigkeit, Ängste, Panik, Kurzschlussreaktionen, Depressionen, Traumatisierungen, sowie damit verbunden: Schädigungen Dritter (Gewalt, Gesetzesverstöße), langfristige Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung und starkes Ansteigen der Behandlungs- und Gesundheitskosten (volkswirtschaftlich: gleichzeitig Ausfall auf der Einnahmenseite und Anstieg auf der Ausgabenseite)
2. Finanzpolitische Auswirkungen: Ausfall und Wegbrechen der Steuereinnahmen, fallende Kurse an den Aktienmärkten und damit verbunden Wertverlust bei Unternehmen und Aktieninhabern (incl. Altersversorgungskassen und private Altersvorsorge), Staatsverschuldung steigt und führt zu hohen Schuldendiensten in der Zukunft, das Eurosystem wackelt – vor allem wegen instabiler Partnerstaaten, langfristige und gravierende Nachteile für die ohnehin problembehaftete Altersversorgung (Rente) der gegenwärtigen und (noch mehr) aller künftigen Generationen; durch die aufklaffende Schwere zwischen Einnahmen und Ausgaben müssen alle bisher geplanten Ausgaben und Aufwände einer kritischen Überprüfung unterzogen werden, auf dem Prüfstand stehen insbesondere: Leistungen in das Ausland wie etwas Entwicklungshilfe, Aufwand für die Betreuung/Unterbringung/Integration von Flüchtlingen und anderen Migranten, Aufwand für nur mittelbar in DEU wirksame Klimapolitik und Energiewende. Es geht nicht darum, deren grundsätzliche Sinnhaftigkeit zu hinterfragen, sondern die Priorität dieser Maßnahmen für unsere Gesellschaft unter den veränderten Rahmenbedingungen zu überprüfen und nachzujustieren.
3. Wirtschaftliche Auswirkungen: Produktionsketten werden unterbrochen, Nachteile der hohen Arbeitsteilung und der just-in-time-Produktion wirken sich negativ aus, Explosion an Pleiten und Konkursen, Unternehmensübernahmen aus dem In- und Ausland, Wirtschaftssystem ist in seinen Grundzügen festgefügt und ist vor allem in das globale System eingebaut (was den Handlungsspielraum für elementare Reformen stark begrenzt); Energiewende bindet hohe volkswirtschaftliche Kapazitäten
4. Arbeitsmärkte: Kurzarbeit, Arbeitslosigkeit (volkswirtschaftlich: gleichzeitig Ausfall auf der Einnahmenseite und Anstieg auf der Ausgabenseite)
5. Sozialpolitik: durch stark zunehmende Arbeitslosenzahl erhöhte Sozialausgaben, Verschuldung und Überschuldung nicht nur von Unternehmen sondern immer mehr Privatpersonen, die ihren wichtigsten Zahlungsverpflichtungen nicht mehr nachkommen können (Schuldendienst, finanzierte Immobilien, Mietzahlungen). Gleichzeitig sinken staatliche Einnahmen und wachsen die Sozialausgaben stark (die schon jetzt mehr als die Hälfte des Bundeshaushaltes ausmachten)

6. Rechtsstaat und Sicherheit: Justiz kommt nicht hinterher bei der hohen Zahl an notwendigen Entscheidungen/Beschlüssen, Rechtsunsicherheit, Sicherheitsbehörden überlastet und überfordert, Rechtsverstöße können nicht mehr wie gewohnt geahndet werden, Kriminalisierung, Rechtsunsicherheit, Rechtsfreie Räume, illegale/illegitime sekundäre Rechtssysteme (Kriminelle, religiös motivierte, …),
7. Demokratie: Eingeschränkt durch Begrenzungen des Versammlungsrechts, Informationsunsicherheiten, Manipulationsgefahr in jede Richtung, unüberlegte Stress-Reaktionen und –Entscheidungen der Wähler, Zielkonflikt zwischen demokratischer Entscheidungsfindung und dem Bedarf nach schnellen und wirksamen Notmaßnahmen; exponentiell zunehmende und eskalierende Konflikte zwischen gesellschaftlichen (Interessen-)Gruppen, gesellschaftlicher Frieden ist bedroht, Legitimität der staatlichen Ordnung gerät unter Druck, ggf. Gefahr revolutionärer, systemsprengender Prozesse, Zirkelschluss: irrationale oder populistische Entscheidungen der Politik

Die gegenwärtige Antwort der Politik auf die Krise ist es, alle gesellschaftliche Funktionen auf die überlebenswichtigen zu reduzieren.
Was kann falsch (oder kontraproduktiv) daran sein, sich für eine begrenzte Zeit auf überlebenswichtige Funktionen der Gesellschaft zu begrenzen?
Die Antwort liegt in unserer Lebensweise. Die wenigsten Funktionen unserer Gesellschaft beziehen sich heute noch auf überlebenswichtige Funktionen. Der größere Anteil gesellschaftlicher Aktivitäten und Geschäfte entfallen auf zusätzlichen Komfort, Bequemlichkeit und andere Aspekte der Lebensqualität und Kulturentwicklung incl. der Realisierung von ethischen Normen. In der Krise entfällt nicht nur vorübergehend die Bequemlichkeit sondern wird auch der größte Teil des gesamtgesellschaftlichen Wertschöpfungsprozesses ausgesetzt. Das ist schon deshalb dramatisch, weil auch die Selbstorganisation des Gemeinwesens (öffentlicher Dienst) einen hohen Sockelbetrag an sehr viel Personal / Arbeitsressourcen und Geldverbrauch kostet, der von den gesamtgesellschaftlich erwirtschafteten Mitteln vorab einbehalten werden muss, um die Ordnung aufrecht zu erhalten – also noch bevor etwa Sozialleistungen gewährt werden können.

Unsere Gesellschaft ist von zwei Richtungen bezüglich ihrer KRITIS bedroht: Die kritischen Infrastrukturen, die alleine auf die vordergründig überlebenswichtigen Funktionen fokussieren, sind in Gefahr. Selbst wenn die Überlebensfunktionen zunächst aufrecht erhalten werden können, wird das nicht nachhaltig sein, wenn der weitaus größere Teil gesellschaftlicher Substanz, der zwar nicht zum physischen Überleben des einzelnen, wohl aber zum Überleben des gesellschaftlichen Systems existenziell wichtig ist, wegbricht.

Das hört sich nach einem multiplen Organversagen unserer Gesellschaft an, bei dem die Versorgung mit KRITIS genauso wenig garantiert werden kann, wie alles andere. Denn der Betrieb Kritischer Infrastrukturen benötig ständig:

- qualifiziertes und verfügbares Personal
- institutionelles know-how und Kontakte / Vernetzung
- materielle Verbrauchsressourcen (incl. Zwischenprodukte, Zulieferungen) und Kapital
- betriebswirtschaftlich funktionierende (gesunde) Betreiber

Wenn diese Betriebsfaktoren nicht mehr zuverlässig verfügbar sind, sind (auch existenzielle) Versorgungsausfällt absehbar, bis hin zum vielzitierten Blackout (flächendeckender lang anhaltender Stromausfall), der zu einem Zusammenbruch von Zivilisation, wie wir sie heute kenne, führen würde.
In der gegenwärtigen Krise ist eine **grundlegende Erkenntnis**, dass, auch wenn die Stromversorgung bis zuletzt aufrecht erhalten werden könnte, **Kaskadeneffekte** den Rest der

Versorgungssysteme so elementar schädigen würden, dass der **gesellschaftliche Bestand nicht gesichert** werden kann.

Exkurs zur Krisenbewältigung im KRITIS-Bereich:

a. Die bisherigen Arbeiten von KM4 und BBK im KRITIS-Kontext beziehen sich auf **Anfragen von Betreibern Kritischer Infrastrukturen**. Die fordern prioritäre Behandlung. Alle gegebenen Zusagen auf besonders bevorzugten Status oder KRITIS-Einstufung ändern nichts an der Knappheit der Ressourcen. Und je mehr Anbieter/Betreiber Priorität identifiziert werden, desto weniger nützt es ihnen, weil auch sie nicht mehr vollständig bedient werden können. Es fehlt derzeit ein **hierarchisches Priorisierungssystem**.
b. Die Abteilung KM ist vielfach ausgelastet, kann aber wenig substanziell beitragen. Zuständig sind die **Betreiber** und (auf Staatsseite) die **Länder**.
c. Es ist nicht erkennbar, dass **Grundsatzfragen** aufbereitet werden (wie z.B. erstmals in diesem Bericht) und transportiert bzw. in den politischen Entscheidungsprozess eingebracht und rückgekoppelt werden. Dazu wäre auch wichtig, mit den Stellen in der Bundesregierung kommunizieren zu können, die an vergleichbaren Fragestellungen arbeiten. Dazu wird das Mandat benötigt (ich kann nicht von mir aus zum BK Kontakt aufnehmen oder zu den Ressorts).

Es stellt sich bereits heute unmittelbar die Frage, wie der gesellschaftliche Kollaps verhindert werden kann.

Mit den bisherigen Schutzmaßnahmen schädigen wir unsere Gesellschaft selbst schwer und nachhaltig. Es ist zu überprüfen, welche Alternativen es gibt und wann optimale Zeitpunkte sind, alternative Festlegungen zu treffen. Diese Alternativen sind ab sofort regelmäßig abzugleichen.

- Eine mögliche Option wäre, die eingeführten und auf den Weg gebrachten Schutzmaßnahmen umgehend aufzuheben (Einschränkungen des Soziallebens weitestgehend aufheben, Arbeitsleben auf Normalstand fortführen) und Einschränkungen/Sondermaßnahmen auf wenige Handlungsfelder fokussieren und konzentrieren: Schutz der besonders bedrohten Teile der Bevölkerung (Alte, Kranke, …), Überwachung und Einschränkung der Ein- und Ausreise nach Kriterien, die vor allem auf das Funktionieren der binnenstaatlichen Strukturen und Prozesse abzielt; Ausbau von Behandlungskapazitäten für Erkrankte, ...
- Bei gleichbleibend hoher Zahl von zu erwartenden Infektionen und Todesfällen treten diese schneller ein, wenn die bestehenden Schutzmaßnahmen gelockert oder aufgehoben werden. Schneller sind dann auch die Konsequenzen dessen sichtbar und können verarbeitet und kompensiert werden. Die Schutzmaßnahmen schützen offenbar nicht vor dem Eintritt der Befürchtungen (z.B. Todesfälle), sondern verschieben diese lediglich in die Zukunft. Bis dahin ist allerdings durch die fatalen Auswirkungen der Schutzmaßnahmen die Resilienz unserer Gesellschaft extrem geschwächt. Der Zeitgewinn ist dann kein Vorteil sondern ein zusätzlicher Nachteil.
- Es liegen nicht alle **entscheidungsnotwendigen Daten** vor, um über die aufgeworfene Grundsatzfrage zu entscheiden. Das kann weitreichende Folgen haben. **Hier gibt es dringlichen Nachholbedarf, der über die Krisenstabs-Infrastruktur (u.a. BMI-BMG) dringend eingefordert werden müsste:**
  - Die **vom RKI vorgenommene Berichterstattung ist unvollständig**, wesentliche für Entscheidungen unverzichtbare Daten fehlen – insbesondere zur
    - Zahl der durchgeführten Tests insgesamt und zum Zeitpunkt x,

        - Zahl der Genesenen (=Immunisierten);
        - Zahl der leicht Erkrankten,
        - Zahl der in Quarantänemaßnahmen befindlichen,
        - Zahl der in stationärer Behandlung befindlichen,
        - darunter die in Intensivstationen betreuten und davon die an Beatmungsgeräte angeschlossene, Anteil der unter 20jährigen Infizierten (der unter 40/60-jährigen);
        - Anteil der Vorerkrankungen an den stationär behandelten und deren Altersstruktur, sowie weitere Daten zur Eingrenzung von Risikogruppen und zum Entwickeln von spezifischen Schutzmaßnahmen zu deren Gunsten.

    Zur Vertiefung siehe https://www.achgut.com/artikel/lochdown_oder_nicht_im_entscheider_im_irrgarten (auch als Anlage beigefügt).

    < Datei: 200320 Lockdown oder nicht_ Entscheider im Irrgarten ACHGUT.COM.pdf >>

    - Es fehlt ein **Monitoring über aktuelle Wirtschafts- und Finanzdaten**. Aus Österreich ist bekannt, dass die Arbeitslosenzahlen in den letzten Tagen um 70.000 gestiegen sind. Wir bräuchten ein tagesaktuelles oder mindestens wochenaktuelles Monitoring der Arbeitsmarktdaten und der Daten über Unternehmenspleiten, etc. Dies wäre bei BMWi abzufordern. Auch die Eckdaten der Entwicklung der öffentlichen Haushalte werden benötigt.
    - Als **Sofortmaßnahme** empfehle ich die in meinem Erstvorschlag skizzierten **Schreiben an BMF und BMWi** auf den Weg zu bringen, die auf der Basis dieser Ausarbeitung leicht ergänzt werden könnten, sowie ein **Schreiben an BMG** mit Vorschlägen zu einer erweiterten Berichterstattung des RKI oder anderer geeigneter Stellen. – Die erwähnten Daten sind mit Sicherheit in den zuständigen Ressorts vorhanden und werden teilweise auch publiziert oder intern kommuniziert, liegen hier jedoch nicht konsolidiert vor.
- Todesopfer sind vor allem unter Alten, Schwachen, Kranken zu befürchten, die arbeitende Bevölkerung wird voraussichtlich weniger betroffen sein. Das heißt: Selbst bei hohen Zahlen von Todesopfern der Viruserkrankung werden die gesellschaftlich vitalen Bereiche unvermindert weiter arbeiten können; wir müssten nicht auf einen Zusammenbruch des Wirtschaftssystems hinwirken.

Ziel sollte sein, für den Nationalstaat im Inneren das bestmögliche Ergebnis zu erzielen und im globalen Kontext tendenziell besser aus der Krise herauszukommen als die wichtigsten Wettbewerber/Konkurrenten. Denn wie wir sehen, steht die ganze Welt vor vergleichbaren Herausforderungen und gibt es unterschiedliche nationale Wege, damit umzugehen. Auch die Wahl von künftigen engeren Partnerländern ist von Bedeutung. Wobei die zuletzt genannten Aspekte den Rahmen dieser Analyse bereits überschreiten.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Stephan Kohn

Referat KM 4: Schutz Kritischer Infrastrukturen
Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat

Alt-Moabit 140, 10557 Berlin
Tel.: 03018681-10215 - Fax: -510215

Mobil: 0151 - 528 80 949
stephan.kohn@bmi.bund.de
www.bmi.bund.de

Von: Kohn, Stephan
Gesendet: Donnerstag, 19. März 2020 12:25
An: Amler, Volker <Volker.Amler@bmi.bund.de>
Cc: KM4_ <KM4@bmi.bund.de>; Walter, Andre, Dr. <Andre.Walter@bmi.bund.de>; Stoeckert, Christian <Christian.Stoeckert@bmi.bund.de>
Betreff: Grundsatzarbeit KRITIS-Schutz und Corona - Vorschlag

Neben der Umsetzung von ad hoc Aufträgen und der Beantwortung von int. und ext. Anfragen sollten wir im Zusammenhang mit der Coronakrise auch in unserer genuinen Referatszuständigkeit für Grundsatz- und Querschnittsfragen des KRITIS-Schutzes tätig werden.

Ich schlage folgende zwei Anfragen an die Ressorts für Wirtschaft und Finanzen vor.

Betreff: Schutz Kritischer Infrastrukturen – Strategiebildung
hier: Bitte um Einschätzung der längerfristigen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das nationale Finanz- und Wirtschaftssystem

Einleitungssatz:
„Zur Wahrnehmung der hiesigen Grundsatzaufgabe „Schutz Kritischer Infrastrukturen" benötigen wir aktuelle einschlägige Informationen über zu erwartende längerfristige Auswirkungen der Corona-Pandemie. Diese sollen uns helfen, die kommenden Herausforderungen im systemischen Gesamtzusammenhang einzuschätzen und ggf. Impulse zu setzen, um die Versorgung von Bevölkerung/Unternehmen/Behörden mit lebenswichtigen und systemwichtigen Produkten und Dienstleistungen langfristig zu sichern. Die folgenden Fragen gehen über die frühere Abfrage vom 17.3.2020 zu den Sektoren/Branchen thematisch hinaus."

1. An BMWi:
   [Einleitungssatz] *„Mit welchen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das deutsche Wirtschaftsgeschehen ist in den nächsten Jahren Ihrer Einschätzung nach zu rechnen? Welche Annahmen und Szenarien haben Sie für Ihre Einschätzung berücksichtigt?"* [Nachsatz]

2. An BMF:
   [Einleitungssatz]. *„Mit welchen zusätzlichen monetären und fiskalischen Belastungen/Aufwänden durch die Corona-Pandemie sind die öffentlichen Haushalten der nächsten Jahre nach Ihrer Einschätzung voraussichtlich belastet? Welche Annahmen und Szenarien haben Sie für Ihre Einschätzung berücksichtigt?"*
   [Nachsatz]

Nachsatz:
„Von Interesse sind sowohl die Auswirkungen der Erkrankungen als auch die Auswirkungen der ergriffenen Schutzmaßnahmen.
Mir ist bewusst, dass bei der aktuell hochdynamischen Entwicklung keine auch nur annähernd genaue Prognosen erstellt werden können. Vielleicht werden Sie aber in Ihrem fachlichen

Zuständigkeitsbereich zumindest mögliche längerfristige Szenarien betrachten. Diese würden uns bereits weiterhelfen."

Diese beiden Anfragen sollten in eigener Zuständigkeit auf Arbeitsebene adressiert werden.
Die Rückläufe können verschiedenen Zwecken dienen, u.a. der Aufbereitung für die Hausleitung.

Gruß
Stephan Kohn (KM 4)
-10215

Anlage 7

KM 4 – 51000/29#2 25. April 2020
ORR Kohn

D o k u m e n t a t i o n

Dies ist die **reine Dokumentation** einer Veröffentlichung von Swiss Propaganda Research (https://swprs.org/), abgerufen am 25.4.20 (direkter Link: https://swprs.org/covid-19-hinweis-ii/#latest.

Alle Informationen sind über die angegebenen Weblinks überprüfbar.

Der **Anbieter** der Internetseite bezeichnet sich selbst als „Medienforschungsprojekt“. Nach eigenen Aussagen werden unter dem Link https://swprs.org/covid-19-hinweis-ii/ (englischsprachig: https://swprs.org/a-swiss-doctor-on-covid-19/) ***„von Fachleuten kuratierte, vollständig referenzierte Fakten zu Covid-19, die unseren Lesern eine realistische Risikobeurteilung ermöglichen sollen. (Täglich aktualisiert)“.***

Einschätzung dieser Quelle:

Ohne die Angaben im Einzelnen überprüft zu haben, ist erkennbar, dass von SWPR eine Fülle an substanziellen (vielfach wissenschaftlichen) Quellen verfügbar gemacht wird, die die Qualität jeder sorgfältigen **Gefahrenanalyse und –bewertung** in einer Pandemie erheblich verbessern würde.

Es erschiene fahrlässig, diese Informationen und Quellensammlung bei der Gefahrenbewertung in der Corona-Pandemie außer Acht zu lassen.

ko, KM 4

Hier ist der zu dokumentierende Text vom 25.4.20:

„Fakten zu Covid-19

Publiziert: 14. März 2020; **Aktualisiert**: 25. April 2020
Sprachen: CZ, DE, EN, ES, FI, FR, HBS, HE, HU, IT, JP, KO, NL, NO, PL, PT, RO, RU, SE, SI, SK, TR
Teilen auf: Twitter / Facebook

Von Fachleuten präsentierte, vollständig referenzierte Fakten zu Covid-19, die unseren Lesern eine realistische Risikobeurteilung ermöglichen sollen. (Updates siehe unten)

„Die einzige Art, gegen die Pest zu kämpfen, ist die Ehrlichkeit.“ (Albert Camus, 1947)

Übersicht

1. Laut den Daten der am besten untersuchten Länder wie Südkorea, Island, Deutschland und Dänemark liegt die Letalität von Covid19 insgesamt im unteren Promillebereich und damit bis zu zwanzigmal tiefer als von der WHO ursprünglich angenommen.
2. Eine Studie in *Nature Medicine* kommt selbst für die chinesische Stadt Wuhan zu einem ähnlichen Ergebnis. Die zunächst deutlich höheren Werte für Wuhan ergaben sich, weil sehr viele Personen mit milden oder keinen Symptomen nicht erfasst wurden.
3. 50% bis 80% der testpositiven Personen bleiben symptomlos. Selbst unter den 70 bis 79 Jahre alten Personen bleiben rund 60% symptomlos, viele weitere zeigen nur milde Symptome.
4. Das Medianalter der Verstorbenen liegt in den meisten Ländern (inklusive Italien) bei über 80 Jahren und nur circa 1% der Verstorbenen hatten keine ernsthaften Vorerkrankungen. Das Sterbeprofil entspricht damit im Wesentlichen der normalen Sterblichkeit. Bis zu 60% aller Covid19-Todesfälle ereigneten sich bisher in besonders gefährdeten Pflegeheimen.
5. Viele Medienberichte, wonach auch junge und gesunde Personen an Covid19 starben, haben sich als falsch herausgestellt. Viele dieser jungen Menschen starben entweder nicht an Covid19, oder sie waren bereits schwer vorerkrankt (z.B. an einer unerkannten Leukämie).
6. Die normale *tägliche* Gesamtsterblichkeit liegt in den USA bei ca. 8000, in Deutschland bei ca. 2600, in Italien bei ca. 1800 und in der Schweiz bei ca. 200 Personen pro Tag. Die Grippemortalität liegt in den USA bei bis zu 80,000, in Deutschland und Italien bei bis zu 25,000, und in der Schweiz bei bis zu 2500 Personen pro Winter.
7. Stark erhöhte Sterblichkeiten wie in Norditalien können durch zusätzliche Risikofaktoren wie sehr hoher Luftverschmutzung und Mikrobenbelastung sowie einem Kollaps der Alten- und Krankenpflege durch Massenpanik und Lockdown beeinflusst sein.
8. In Ländern wie Italien und Spanien sowie teilweise Großbritannien und den USA haben Grippewellen bereits bisher zu einer Überlastung der Krankenhäuser geführt. Derzeit müssen zudem bis zu 15% der Ärzte und Pfleger, auch ohne Symptome, in Quarantäne.
9. Eine wichtige Unterscheidung betrifft die Frage, ob die Personen *mit* oder *durch* Coronaviren sterben. Autopsien zeigen, dass in vielen Fällen die Vorerkrankungen entscheidend sind, aber die offiziellen Zahlen reflektieren diesen Umstand zumeist nicht.
10. Zur Beurteilung der Gefährlichkeit der Krankheit ist daher *nicht* die oft genannte Anzahl der testpositiven Personen und Verstorbenen entscheidend, sondern die Anzahl der tatsächlich und unerwartet *an einer Lungenentzündung* Erkrankten oder Verstorbenen.
11. Die oft gezeigten Exponentialkurven mit „Coronafällen" sind irreführend, da auch die Anzahl der Tests exponentiell zunimmt. In den meisten Ländern bleibt das Verhältnis von positiven Tests zu Tests insgesamt (sog. Positivenrate) konstant bei 5% bis 25% oder steigt nur langsam.
12. Länder *ohne* Ausgangssperren und Kontaktverbote, wie z.B. Japan, Südkorea und Schweden, haben bisher keinen negativeren Verlauf als andere Länder erlebt. Dies könnte die Wirksamkeit solcher sehr weitgehenden Maßnahmen infrage stellen.
13. Laut Lungenfachärzten ist die invasive Beatmung (Intubation) von Covid19-Patienten häufig kontraproduktiv und schädigt die Lungen zusätzlich. Die invasive Beatmung bei Covid19 geschieht insbesondere aus Angst vor einer Verbreitung des Virus durch Aerosole.
14. Entgegen ursprünglicher Vermutungen stellte die WHO Ende März jedoch fest, dass es bisher keine Evidenz für eine Verbreitung des Virus durch Aerosole gibt. Auch ein deutscher Virologe fand in einer Pilotstudie keine Aerosol- und keine Schmierinfektionen.
15. Viele Kliniken in Deutschland und der Schweiz sind bisher stark unterbelegt und mussten teilweise bereits Kurzarbeit anmelden. Zahlreiche Operationen und Therapien wurden von den Kliniken abgesagt, selbst Notfallpatienten bleiben aus Angst teilweise zuhause.
16. Mehrere Medien wurden bereits dabei ertappt, wie sie die Situation in Kliniken zu dramatisieren versuchten, teilweise sogar mit manipulativen Bildern und Videos. Generell hinterfragen viele Medien selbst zweifelhafte offizielle Angaben und Daten nicht.

17. Die international verwendeten Virentestkits sind fehleranfällig. Bereits frühere Studien haben gezeigt, dass auch normale Coronaviren ein falsches positives Resultat ergeben können. Der aktuell verwendete Virentest wurde aus Zeitdruck zudem nicht klinisch validiert.
18. Zahlreiche international renommierte Experten aus den Bereichen Virologie, Immunologie und Epidemiologie halten die getroffenen Maßnahmen für kontraproduktiv und empfehlen eine rasche natürliche Immunisierung der Allgemeinbevölkerung und den Schutz von Risikogruppen.
19. Die Anzahl an Menschen, die aufgrund der Maßnahmen an Arbeitslosigkeit, psychischen Problemen und häuslicher Gewalt leiden, ist in den USA und weltweit hochgeschnellt. Mehrere Experten gehen davon aus, dass die Maßnahmen mehr Leben fordern könnten als das Virus.
20. NSA-Whistleblower Edward Snowden warnte, dass die Corona-Krise für den massiven und permanenten Ausbau weltweiter Überwachungsinstrumente genutzt wird. Der renommierte Virologe Pablo Goldschmidt sprach von einem „globalen Medienterror" und „totalitären Maßnahmen". Der britische Infektiologe John Oxford sprach von einer „Medien-Epidemie".

Siehe auch:

- Offener Brief von Prof. Sucharit Bhakdi
- Das Europäische Mortalitätsmonitoring
- Das RKI relativiert »Corona-Todesfälle«
- Schweiz: Das BAG im Corona-Fieber
- Analyse: Corona, Medien, Propaganda

Es folgen regelmäßige, aber **nicht tägliche** Aktualisierungen zu neuen Entwicklungen.

25. April 2020

Medizinische Updates

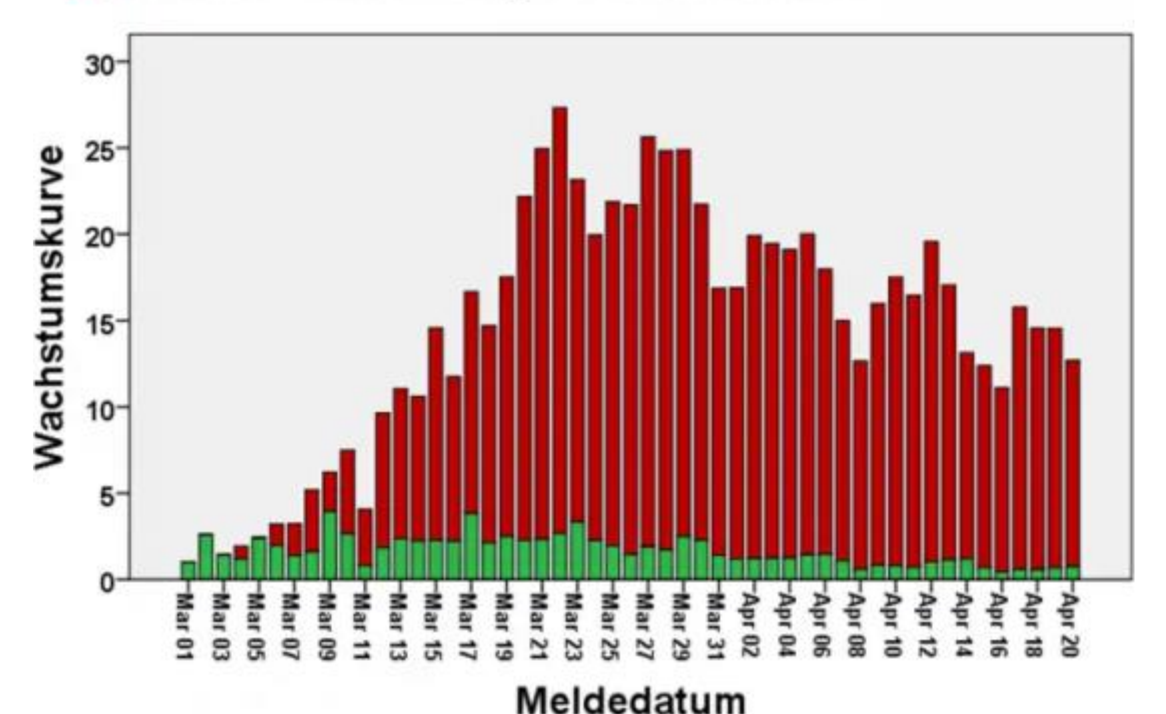
- Der kalifornische Arzt Dr. Dan Erickson berichtete in einer Pressekonferenz von seinen bisherigen Beobachtungen bezüglich Covid19. In Kalifornien und anderen Bundesstaaten seien die Krankenhäuser und Intensivstationen bisher weitgehend leer geblieben. Anhand der jeweiligen Positivenraten rechnet Dr. Erickson vor, dass die Letalität von Covid19 in Kalifornien derzeit bei 0.03% liege, in Spanien bei 0.05%, in Schweden bei 0.09% und im Bundesstaat New York bei 0.1%, während die Letalität der Grippe in den USA bei etwa 0.13% liege. (Hinweis: Die Positivenrate kann lokale „Hotspot-Effekte" nicht abbilden). Die Wahrscheinlichkeit, Covid19 ohne Symptome oder mit milden Symptomen zu überstehen, liege bei über 95%. Dr. Erickson berichtet von Ärzten aus mehreren US-Bundesstaaten, die „unter Druck gesetzt" wurden, Totenscheine auf Covid19 auszustellen, obwohl sie selbst nicht dieser Ansicht waren. Dr. Erickson argumentiert, dass die Ausgangssperren und die Angst das Immunsystem und die Gesundheit der Menschen schwächen. Es sei bereits eine deutliche Zunahme von „Sekundäreffekten" wie Alkoholismus, Depressionen, Suiziden sowie Missbrauch von Kindern und Ehepartnern zu beobachten. Dr. Erickson empfiehlt, nur die Kranken und nicht die Gesunden bzw. die ganze Gesellschaft unter Quarantäne zu stellen. Ein Mundschutz mache nur in akuten Situationen wie im Krankenhaus Sinn, nicht jedoch im Alltag.
- Professor Detlef Krüger, der direkte Vorgänger des bekannten deutschen Virologen Christian Drosten an der Charité-Klinik Berlin, erklärt in einem neuen Interview, dass Covid19 „in vieler Hinsicht mit der Grippe vergleichbar" und „nicht gefährlicher als

bestimmte Varianten des Grippevirus“ sei. Der „von der Politik entdeckte Mund-Nasen-Schutz“ hält Professor Krüger für „Aktionismus“ und eine potentielle „Keimschleuder“. Zugleich warnt er vor „massiven Kollateralschäden“ durch die getroffenen Maßnahmen.

- Schweizer Pathologen kommen zum Ergebnis, dass viele der testpositiven Verstorbenen nicht an einer Lungenentzündung erkrankten, sondern eine Störung der Blutgefäße und damit des Sauerstoffaustauschs in der Lunge aufwiesen. Dies könnte erklären, warum die Beatmung von kritischen Covid19-Patienten oftmals nicht wirkungsvoll ist, und warum Patienten mit bestehenden Herz-Kreislauf-Problemen zur Risikogruppe gehören. Tatsächlich hätten alle obduzierten Personen an Bluthochdruck gelitten, ein Großteil sei stark übergewichtig (adipös) gewesen, und zwei Drittel hätten vorgeschädigte Herzkranzgefäße aufgewiesen.
- Die neuesten Zahlen aus Italien zeigen (S. 12/13), dass von knapp 17,000 positiv getesten Ärzten und Krankenpflegern 60 verstarben. Bei den unter 50-Jährigen ergibt sich daraus eine Covid19-Letalität von unter 0.1%, bei den 50- bis 60-Jährigen von 0.27%, bei den 60- bis 70-Jährigen von 1.4%, und bei den 70- bis 80-Jährigen von 12.6%. Selbst diese Werte dürften noch zu hoch sein, da es sich um Todesfälle *mit* und nicht unbedingt *durch* Coronaviren handelt, und da bis zu 80% der Personen asymptomatisch bleiben und einige von ihnen womöglich nicht getestet wurden. Insgesamt stimmen die Werte jedoch mit jenen z.B. aus Südkorea überein und ergeben für die Allgemeinbevölkerung eine Sterblichkeit im Bereich der Influenza.
- Der Chef des italienischen Zivilschutzes erklärte Mitte April, dass in der Lombardei über 1800 Menschen in Pflegeheimen starben und die Todesursache in vielen Fällen noch nicht klar sei. Bereits zuvor wurde bekannt, dass die Alters- und Pflegeversorgung und in der Folge die gesamte Krankenversorgung in Teilen der Lombardei unter anderem aufgrund der Angst vor dem Virus und dem Lockdown zusammengebrochen war.
- Die neuesten Zahlen aus Belgien zeigen, dass sich auch dort etwas über 50% aller zusätzlichen Todesfälle in Alters- und Pflegeheimen ereignen, die durch einen allgemeinen Lockdown nicht besser geschützt werden. Bei 6% dieser Todesfälle war Covid19 „bestätigt“, bei 94% der Todesfälle wurde es „vermutet“. Etwa 70% der testpositiven Personen (Mitarbeiter und Bewohner) zeigten zum Zeitpunkt des Tests keine Symptome.
- Der deutsche Impfexperte Professor Dr. Siegwart Bigl hält den Coronaschutz für „überzogen“. Es liege „keine Pandemie“ (mit besonders vielen Todesfällen) vor, der Lockdown sei unnötig und falsch gewesen. Der Vergleich mit der Influenza sei durchaus zulässig.
- Der ehemalige schwedische und europäische Chefepidemiologe Professor Johan Giesecke gab dem österreichischen Magazin Addendum ein sehr offenes Interview. Professor Giesecke sagt, 75 bis 90% der Epidemie sei „unsichtbar“, weil so viele Personen keine oder kaum Symptome entwickeln. Ein Lockdown sei daher „sinnlos“ und schade der Gesellschaft. Die Grundlage der schwedischen Strategie sei gewesen, dass „die Leute nicht dumm sind“. Giesecke rechnet mit einer Sterberate zwischen 0.1 und 0.2%, ähnlich einer Influenza. Italien und New York seien sehr schlecht auf das Virus vorbereitet gewesen und hätten ihre Risikogruppen nicht geschützt.
- Der britische Guardian zitiert neue Studien, wonach die Luftverschmutzung ein „Schlüsselfaktor“ für Covid19-Todesfälle sein könnte. So seien 80% der Todesfälle in vier Ländern in den am stärksten verschmutzten Regionen erfolgt (darunter die Lombardei und Madrid).
- Die deutsche ZEIT thematisiert die hohen Leerstände in deutschen Kliniken, die in manchen Abteilungen bis zu 70% betragen. Selbst Krebsuntersuchungen und nicht akut überlebens-notwendige Organtransplantationen seien abgesagt worden, um Platz für Covid19-Patienten zu schaffen, die bisher jedoch größteneils ausblieben.
- In Deutschland wurde eine Maskenpflicht im öffentlichen Nahverkehr und in Einzelhandels-geschäften eingeführt. Der Präsident des Weltärzteverbands, Frank Montgomery, hat dies

als „falsch“ und die vorgesehene Verwendung von Schals und Tüchern als „lächerlich“ kritisiert. Tatsächlich zeigen Studien, dass die Verwendung von Masken im Alltag bei gesunden und asymptomatischen Menschen keinen messbaren Nutzen bringt, weshalb der Schweizer Infektiologe Dr. Vernazza von einem „Medienhype“ sprach. Andere Kritiker sprechen von einem Symbol des „erzwungenen, öffentlich sichtbaren Gehorsams“.

- Eine WHO-Studie fand 2019 für die Wirksamkeit von Maßnahmen wie „Social Distancing“, Reisebeschränkungen und Ausgangssperren „wenig bis keine wissenschaftlichen Belege“.
- Ein deutsches Labor erklärte Anfang April, dass Covid19-Virentests laut Empfehlung der WHO neu auch dann als positiv gelten, wenn die spezifische Zielsequenz des Covid19-Virus *negativ* und nur die *allgemeinere* Coronaviren-Zielsequenz positiv ist. Dies kann jedoch dazu führen, dass auch andere Coronaviren (Erkältungsviren) ein falsches positives Testergebnis auslösen. Das Labor erklärte außerdem, dass Covid19-Antikörper oftmals erst zwei bis drei Wochen nach Symptombeginn nachweisbar sind. Dies muss berücksichtigt werden, damit die tatsächliche Anzahl der Personen, die bereits gegen Covid19 immun ist, nicht unterschätzt wird.
- Sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland haben einzelne Politiker eine „Impfpflicht gegen Corona“ gefordert. Allerdings führte, beispielsweise, die Impfung gegen die sogenannte „Schweinegrippe“ von 2009/2010 zu teilweise schweren neurologischen Schäden insbesondere bei Kindern und zu Schadenersatzforderungen in Millionenhöhe.
- Professor Christof Kuhbandner: Von der fehlenden wissenschaftlichen Begründung der Corona-Maßnahmen: „Die berichteten Zahlen zu den Neuinfektionen überschätzen die wahre Ausbreitung des Coronavirus sehr dramatisch. Der beobachtete rasante Anstieg in den Neuinfektionen geht fast ausschließlich auf die Tatsache zurück, dass die Anzahl der Tests mit der Zeit rasant gestiegen ist (siehe Abbildung unten). Es gab also zumindest laut den berichteten Zahlen in Wirklichkeit nie eine exponentielle Ausbreitung des Coronavirus. Die berichteten Zahlen zu den Neuinfektionen verbergen die Tatsache, dass die Anzahl der Neuinfektionen bereits seit in etwa Anfang bis Mitte März sinkt.“



Irreführende Infektionszunahme durch Zunahme der Tests (rot).

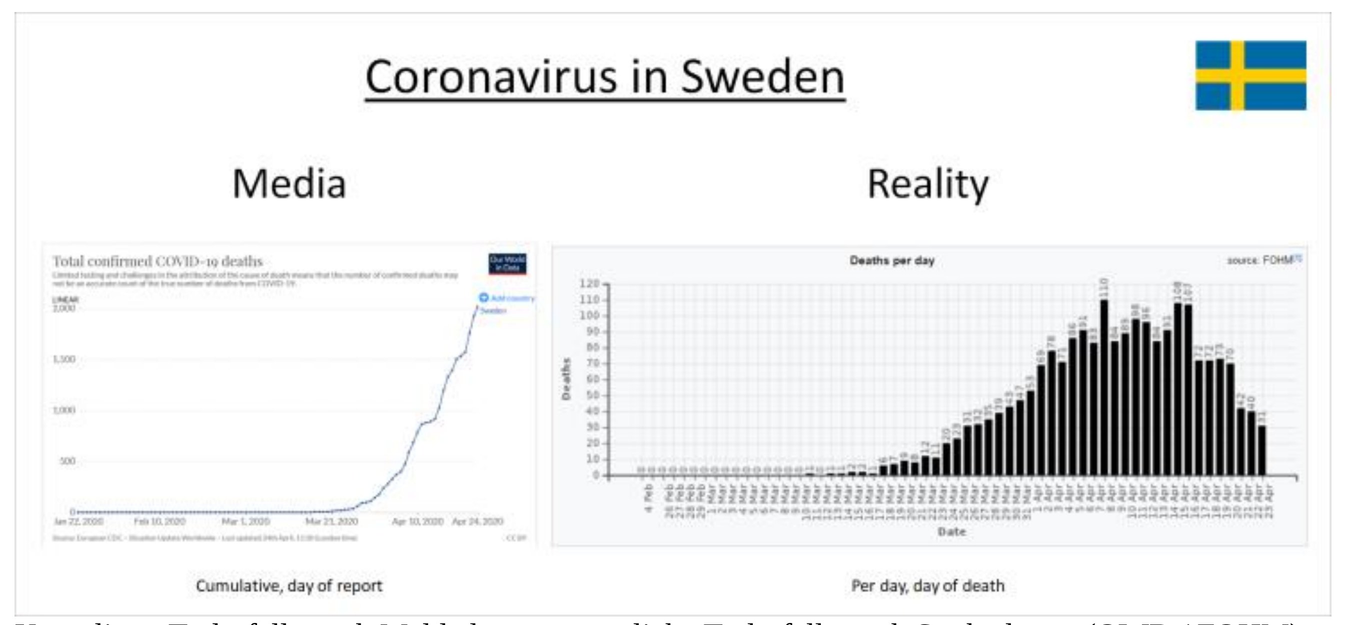
Schweden: Mediendarstellung versus Realität

Einige Leser waren überrascht über die Abnahme der Todesfälle in Schweden, denn in den meisten Medien wird eine steil *ansteigende* Kurve gezeigt. Woran liegt das? Die meisten Medien zeigen *kumulierte* Zahlen nach *Meldedatum*, während die schwedischen Behörden die deutlich aussagekräftigeren *täglichen* Zahlen nach *Todesdatum* veröffentlichen.

Die schwedischen Behörden betonen stets, dass die neu gemeldeten Fälle *nicht* alle innerhalb der letzten 24 Stunden verstorben sind, doch viele Medien ignorieren das (siehe Grafik unten). Die jüngsten schwedischen Zahlen können zwar wie in allen Ländern noch etwas zunehmen, aber am grundsätzlich abnehmenden Trend ändert das nichts mehr.

Hinzu kommt noch, dass auch diese Zahlen Todesfälle *mit* und nicht zwingend *an* Coronaviren darstellen. Das Durchschnittsalter liegt auch in Schweden bei über 80 Jahren, ca. 50% der Todesfälle geschahen in Pflegeheimen, der Effekt auf die Allgemeinbevölkerung blieb minimal, obschon Schweden über eine der tiefsten intensivmedizinischen Kapazitäten Europas verfügt.

Allerdings hat auch die schwedische Regierung im Zuge von „Corona“ neue Notstandsbefugnisse erhalten und könnte an späteren Programmen zu Kontaktverfolgungen teilnehmen.



Kumulierte Todesfälle nach Meldedatum vs. tägliche Todesfälle nach Sterbedatum (OWD / FOHM)

Situation in Großbritannien

Die Todesfälle in Großbritannien sind in den letzten Wochen sehr stark angestiegen, bewegen sich indes immer noch im Bereich der schwersten Grippewellen der letzten fünfzig Jahre (siehe Grafik unten). Auch in Großbritannien fallen bis zu 50% der zusätzlichen Todesfälle in Alters- und Pflegeheimen an, die von einem allgemeinen Lockdown nicht profitieren.

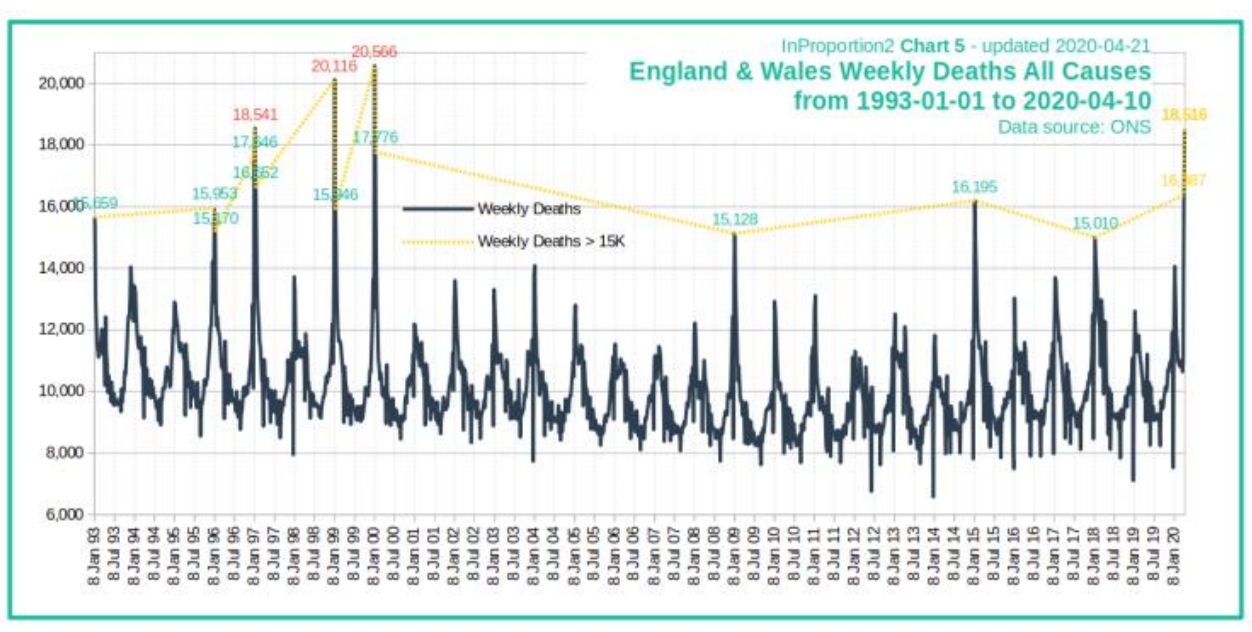
Bei bis zu 50% der zusätzlichen Todesfälle soll es sich zudem *nicht* um Covid19-Verdachtsfälle handeln, und bis zu 25% der zusätzlichen Todesfälle ereignen sich zuhause. Auch in Großbritannien stellt sich mithin die Frage, ob der allgemeine Lockdown mehr nützt oder mehr schadet.

Frasor Nelson, der Editor des britischen *Spectator*, berichtet davon, dass Regierungsstellen durch den Lockdown mittelfristig mit bis zu 150,000 zusätzlichen Todesfällen rechnen, deutlich mehr, als

Covid19 voraussichtlich verursachen wird. Zuletzt wurde der Fall einer 17-jährigen Schülerin und Sängerin bekannt, die sich wegen des Lockdowns das Leben nahm.

Auffallend ist, dass England im Unterschied zu anderen Ländern auch eine deutlich erhöhte Sterblichkeit bei den 15- bis 64-Jährigen aufweist. Dies könnte womöglich an den häufigen Herz-Kreislauf-Vorerkankungen liegen, oder aber durch die Effekte des Lockdowns bedingt sein.

Das Projekt InProportion hat zahlreiche neue Grafiken veröffentlicht, die die aktuelle Sterblichkeit ins Verhältnis zu früheren Grippewellen und anderen Todesursachen setzen. Weitere Websites, die sich kritisch mit den Maßnahmen befassen, sind Lockdown Skeptics und UK Column.



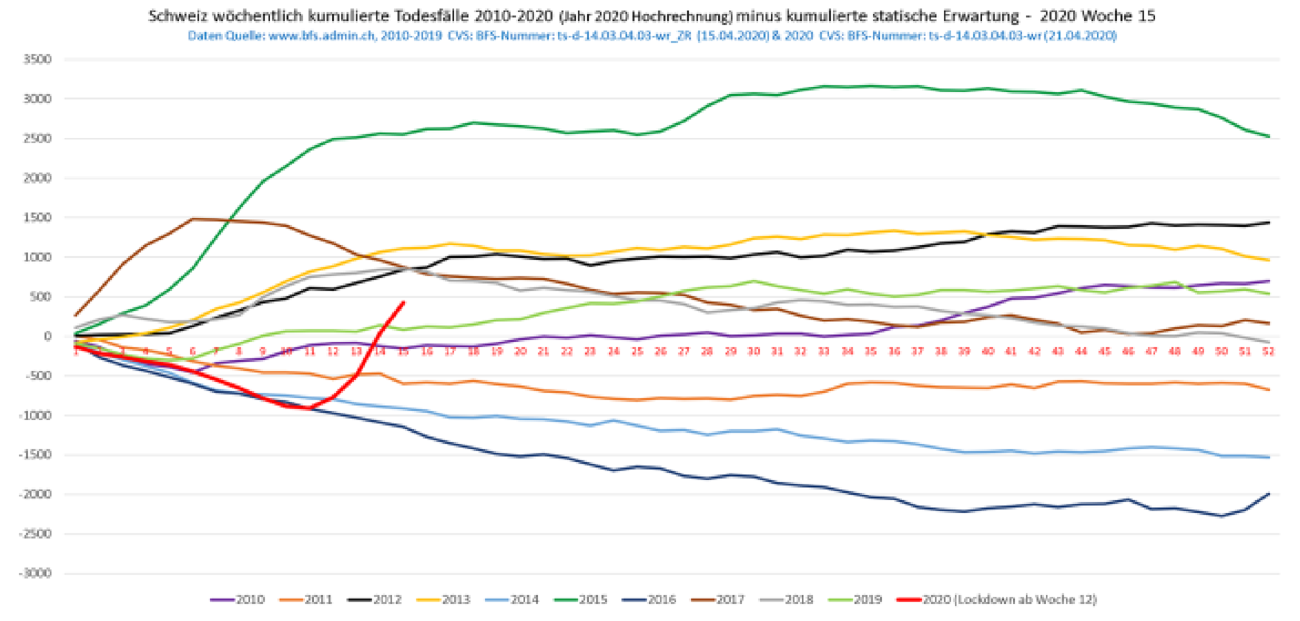
UK: Wöchtenliche Sterblichkeit (InProportion)

Schweiz: Übersterblichkeit deutlich unter starken Grippewellen

- Eine erste serologische Studie der Universität Genf kommt zum Ergebnis, dass im Kanton Genf mindestens sechsmal mehr Personen mit Covid19 Kontakt hatten, als bisher angenommen. Damit sinkt die Letalität von Covid19 auch in der Schweiz in den Promillebereich, während offizielle Quellen teilweise noch immer von bis zu 5% sprechen.
- Auch im am stärksten betroffenen Kanton Tessin sind knapp die Hälfte der zusätzlichen Todesfälle in Altersheimen erfolgt, die vom allgemeinen Lockdown nicht profitieren.
- In der Schweiz wurden bereits 1.85 Millionen Menschen oder über ein Drittel aller Arbeitnehmenden für Kurzarbeit angemeldet. Die volkswirtschaftlichen Kosten werden von der ETH Zürich für die Periode von März bis Juni 2020 auf 32 Milliarden geschätzt.
- Die ETH Zürich hat ihre Studie zur Reproduktionszahl von Covid19 angepasst und „unterstützt" nun den Lockdown des Bundesrates. Am grundsätzlichen Ergebnis der Studie ändert dies indes nichts: Die Reproduktionszahl fiel bereits vor dem Lockdown auf den stabilen Wert von 1, einfache Alltags- und Hygienemaßnahmen genügten hierfür und der Lockdown war für die Eindämmung der Epidemie somit unnötig.
- **Infosperber**: Corona: NZZ deckt das Nachplappern anderer Medien auf. „Grosse Medien verschweigen, dass sie sich bei Covid-19-Zahlen auf intransparente Daten stützen."
- **Ktipp**: Bund: Fast alle Zahlen ohne Gewähr. „Dieses Jahr starben in den ersten 14 Wochen weniger unter 65-Jährige als in den letzten fünf Jahren. Bei den über 65-Jährigen war die Zahl ebenfalls verhältnismässig tief."

Die folgende Grafik zeigt, dass die Gesamtsterblichkeit in der Schweiz im ersten Quartal 2020 im Normalbereich und bis Mitte April immer noch rund 2000 Personen *unter* der Grippewelle von 2015 lag. 50% der Todesfälle ereigneten sich in Altersheimen, die von einem Lockdown nicht profitieren.

Insgesamt ereigneten sich rund 75% der zusätzlichen Todesfälle zuhause, während Krankenhäuser und Intensivstationen weiterhin stark unterbelegt sind und zahlreiche Operationen abgesagt wurden. Auch in der Schweiz stellt sich mithin die sehr folgenschwere Frage, ob der „Lockdown“ nicht mehr Existenzen und Leben gekostet als gerettet haben könnte.



Kumulierte Todesfälle im Vergleich zum Erwartungswert, 2010 bis 2020.

Politische Meldungen

- Die Website kollateral.news einer deutschen Fachanwältin sammelt Berichte zu „Lockdown-Leid“ und der tatsächlichen Situation in deutschen Krankenhäusern.
- Deutsche Hausärzte haben einen Appell an Politik und Wissenschaft veröffentlicht, in dem sie „einen verantwortlicheren Umgang mit der Corona-Krise“ fordern.
- Ein Münchner Lokalradio, das im März Corona-kritische Ärzte interviewte, wurde nach Beschwerden von der zuständigen Medienaufsicht informiert, dass „derartige problematische Sendungen zukünftig auszubleiben“ haben.
- **Video**: Im australischen Bundesstaat Queensland hat ein Polizeihelikopter mit Nachtsichtgerät drei junge Männer aufgespürt, die nachts auf einem Hausdach ein Bier tranken und damit die „Corona-Vorschriften“ verletzten. Über ein Megaphon wurden die Männer informiert, dass das Gebäude „von der Polizei umstellt“ ist und sie sich zum Ausgang begeben müssen. Die Männer wurden mit je ca. $1000 bestraft.
- Der **Corona-kritische Schweizer Arzt**, der von einem Sonderkommando der Schweizer Polizei verhaftet und in die Psychiatrie eingeliefert wurde (siehe Update vom 15. April), ist inzwischen wieder frei. Eine Recherche des Magazins Weltwoche ergab, dass der Arzt unter Vorgabe falscher Gründe verhaftet wurde: es habe keine Bedrohung von Angehörigen oder Behörden und kein Besitz einer geladenen Waffe vorgelegen. Damit erscheint eine politisch oder lokalpolitisch motivierte Einweisung wahrscheinlich.
- Sowohl in Österreich als auch in Ungarn droht Ärzten, die sich kritisch zu den Corona-Maßnahmen geäußert haben, ein Berufsverbot.
- In **Nigeria** tötete die Polizei beim Durchsetzen der Corona-Ausgangssperren bisher laut offiziellen Angaben mehr Menschen als das Coronavirus selbst.

- In **Israel** kann der Inlands- und Antiterror-Geheimdienst Shin Bet in Zusammenarbeit mit der Polizei seit Mitte März die Mobiltelefone der Bevölkerung überwachen, um im Kontext von Covid19 Kontakte nachzuverfolgen und Hausarrest anzuordnen. Diese Maßnahmen wurden zunächst ohne Zustimmung des Parlaments verfügt und sollen vorerst bis Ende April gelten.
- **OffGuardian**: The Seven Step Path from Pandemic to Totalitarianism (Deutsche Übersetzung)
- **UK Column**: Who controls the British Government response to Covid–19?

21. April 2020

Medizinische Updates

- Stanford-Medizinprofessor John Ioannidis erklärt in einem neuen einstündigen Interview mehrere neue Studien zu Covid19. Die Letalität von Covid19 liegt laut Professor Ioannidis „im Bereich der saisonalen Grippe". Für Personen unter 65 Jahren sei das Sterberisiko selbst in den weltweiten „Hotspots" vergleichbar mit der täglichen Autofahrt zur Arbeit, für *gesunde* Personen unter 65 Jahren sei das Sterberisiko „völlig vernachläßigbar". Lediglich in New York liege das Sterberisiko für Personen unter 65 Jahren im Bereich eines professionellen LKW-Fahrers.
- Professor Carl Heneghan, Direktor des Zentrums für evidenzbasierte Medizin der Universität Oxford, warnt in einem neuen Beitrag, dass der Schaden durch den Lockdown größer sein könnte als jener durch das Virus. Der Peak der Epidemie sei in den meisten Ländern bereits vor dem Lockdown erreicht gewesen.
- Eine neue serologische Studie im Bezirk von Los Angeles kommt zum Ergebnis, dass bereits 28 bis 55 mal mehr Personen Covid19 hatten als bisher angenommen (ohne starke Symptome zu zeigen), wodurch sich die Gefährlichkeit der Erkrankung entsprechend reduziert.
- In der Stadt Chelsea bei Boston hatte rund ein Drittel von 200 Blutspendern Antikörper gegen den Covid19-Erreger. Die Hälfte davon berichtete, im letzten Monat ein Erkältungs-symptom erlebt zu haben. In einem Obdachlosenheim bei Boston wurde etwas mehr als ein Drittel der Menschen positiv getestet, wobei niemand Symptome zeigte.
- Schottland meldet, dass die Hälfte der (aufgestockten) Intensivbetten weiterhin leer stehen. Die Aufnahme neuer Patienten würde inzwischen stagnieren.
- Die Notaufnahme im städtischen Krankenhaus von Bergamo war zu Beginn dieser Woche erstmals seit 45 Tagen wieder vollständig leer. Inzwischen würden wieder mehr Menschen mit anderen Krankheiten als „Covid19-Patienten" behandelt.
- Ein Bericht im Fachmagazin *Lancet* kam bereits Anfang April zum Ergebnis, dass Schulschließungen zur Eindämmung von Coronaviren keinen oder einen minimalen Effekt haben.
- Ein neunjähriges französisches Kind mit Corona-Infektion hatte Kontakt zu 172 Personen, von denen es jedoch niemanden angesteckt hat. Dies bestätigt frühere Ergebnisse, wonach die Corona-Infektion (im Unterschied zur Influenza) nicht oder kaum von Kindern übertragen wird.
- Der deutsche emeritierte Mikrobiologie-Professor Sucharit Bhakdi gab ein neues einstündiges Interview zu Covid-19. Professor Bhakdi ist der Ansicht, dass die meisten Medien während der Covid19-Epidemie „völlig verantwortungslos" gehandelt haben.
- Die deutsche Initiative für Pflegeethik kritisiert pauschale Besuchsverbote und leidvolle Intensivbehandlungen von Pflegepatienten: „Schon vor Corona starben jeden Tag in deutschen Heimen rund 900 alte, pflegebedürftige Menschen, ohne nochmals kurz vorher

ins Krankenhaus verbracht zu werden. Tatsächlich wäre bei diesen, falls überhaupt, eher palliative Behandlung angezeigt. () Nach allem was wir bisher zu Corona wissen, gibt es nicht einen einzigen plausiblen Grund, den Infektionsschutz weiterhin höher zu bewerten, als die Grundrechte der Bürger. Heben Sie die Besuchsverbote auf! Diese sind unmenschlich und unnötig!"

- Die älteste Frau des Schweizer Kantons St. Gallen ist vergangene Woche mit 109 Jahren verstorben. Sie überlebte die „Spanische Grippe" von 1918, war nicht Corona-infiziert und sei „für ihr Alter sehr gut unterwegs gewesen". Die „coronabedingte Isolation" habe ihr jedoch „sehr zugesetzt": „Sie verkümmerte ohne die täglichen Besuche ihrer Familienangehörigen."
- Der Schweizer Kardiologe Dr. Nils Kucher berichtet, dass in der Schweiz derzeit rund 75% aller zusätzlichen Todesfälle nicht im Krankenhaus, sondern zuhause erfolgen. Dies erklärt sicherlich die weitgehend leeren Schweizer Krankenhäuser und Intensivstationen. Außerdem ist bereits bekannt, dass rund 50% aller zusätzlichen Todesfälle in Alters- und Pflegeheimen erfolgen. Dr. Kucher vermutet, dass ein Teil dieser Personen an einer plötzlichen Lungenembolie versterben. Das ist denkbar. Dennoch stellt sich die Frage, welche Rolle der „Lockdown" bei diesen zusätzlichen Todesfällen spielt.
- Die italienische Gesundheitsbehörde ISS warnt, dass Covid19-Patienten aus dem Mittelmeerraum, die häufig eine genetische Stoffwechselbesonderheit namens Favismus aufweisen, nicht mit Malariamitteln wie Chloroquine behandelt werden sollten, da diese bei Favismus zum Tod führen können. Es ist dies ein weiterer Hinweis darauf, dass eine falsche oder zu aggressive Medikation die Krankheit zusätzlich verschlimmern kann.
- Rubikon: 120 Expertenstimmen zu Corona. Weltweit kritisieren hochrangige Wissenschaftler, Ärzte, Juristen und andere Experten den Umgang mit dem Coronavirus.

Einstufung der Pandemie

Die US-Gesundheitsbehörden haben 2007 eine fünfstufige Einteilung für Grippe-Pandemien und entsprechende Maßnahmen definiert. Die fünf Kategorien richten sich nach der beobachteten Letalität (CFR) der Pandemie, von Kategorie 1 (<0.1%) bis Kategorie 5 (>2%). Die aktuelle Corona-Pandemie wäre nach diesem Schlüssel derzeit vermutlich in Kategorie 2 (0.1% bis 0.5%) einzuordnen. Für diese Kategorie war damals lediglich die „freiwillige Isolierung kranker Personen" als Hauptmaßnahme vorgesehen.

Die WHO strich 2009 allerdings die Letalität aus ihrer Pandemie-Definition, sodass seither im Prinzip jede weltweite Grippewelle zu einer Pandemie erklärt werden kann, wie dies mit der sehr milden „Schweingegrippe" von 2009/2010 erstmals geschah, für die Impfstoffe im Wert von rund 18 Milliarden Dollar an Regierungen verkauft wurden.

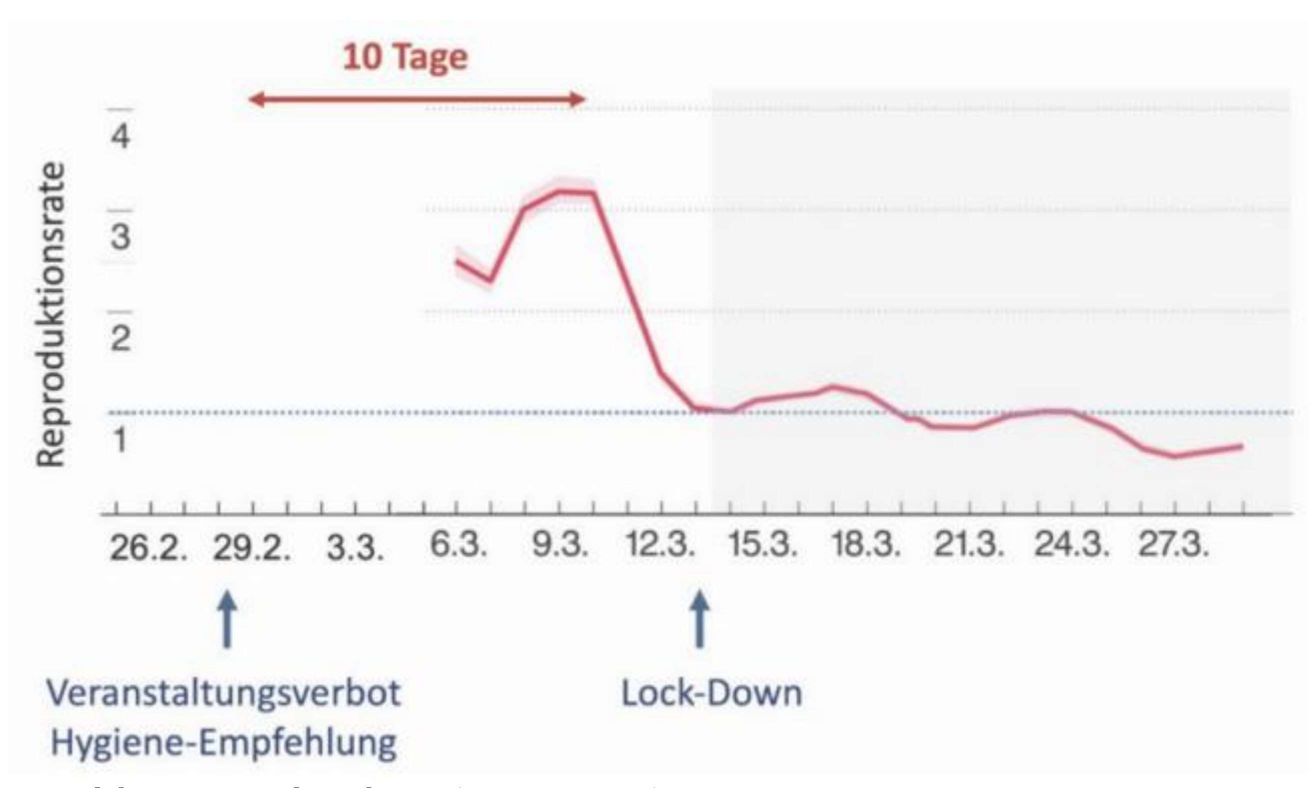
Die Dokumentation TrustWHO („Vertraue wem?"), die die zweifelhafte Rolle der WHO im Rahmen der „Schweinegrippe" thematisierte, wurde zuletzt von VIMEO gelöscht.

Chefarzt Pietro Vernazza: Einfache Maßnahmen genügen

Der Schweizer Chefarzt für Infektiologie, Pietro Vernazza, zeigt in seinem neusten Beitrag anhand der Resultate des deutschen Robert-Koch-Instituts und der ETH Zürich, dass die Covid19-Epidemie bereits vor Einführung der „Lockdowns" unter Kontrolle war:

„Diese Resultate enthalten Zündstoff: Offenbar zeigen nun diese beiden Arbeiten mehr oder weniger identisch: Die einfachen Massnahmen, Verzicht auf Grossveranstaltungen und die Einführung von Hygienemassnahmen sind hoch wirksam. Die Bevölkerung ist in der Lage, diese Empfehlungen gut umzusetzen und die Massnahmen können die Epidemie fast zum Stoppen

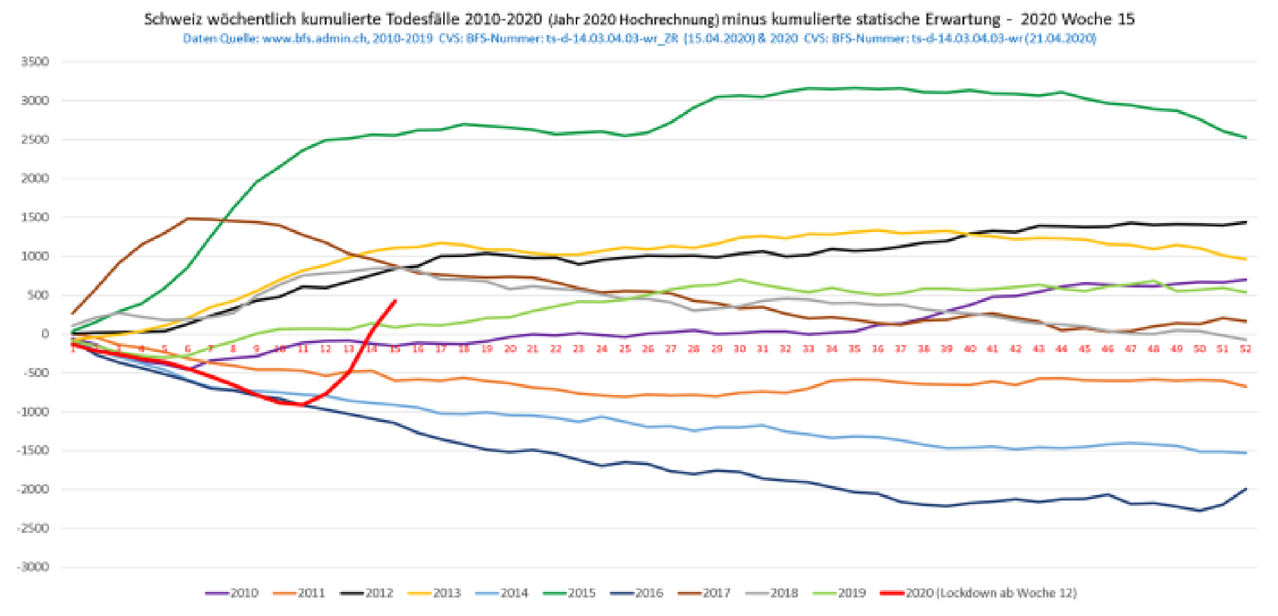
bringen. Auf jeden Fall sind die Massnahmen ausreichend, unser Gesundheitssystem so zu schonen, dass die Spitäler nicht überlastet werden.“



Reproduktionsrate in der Schweiz (ETH/Vernazza)

Schweiz: Kumulierte Gesamtsterblichkeit im Normalbereich

In der Schweiz lag die *kumulierte* Gesamtsterblichkeit im ersten Quartal (bis 5. April) beim mittleren Erwartungswert und über 1500 Personen *unter* dem oberen Erwartungswert. Die Gesamtsterblichkeit lag bis Mitte April zudem über 2000 Personen *unter* dem Vergleichswert aus der schweren Grippesaison von 2015 (siehe Abbildung). Weiterhin offen bleibt die Frage, wie sich die Zunahme der Sterblichkeit während des Lockdowns genau zusammensetzt.



Kumulierte Gesamtsterblichkeit im Vergleich zum mittleren Erwartungswert, 2010 bis 2020 (Daten: BFS)

Schweden: Epidemie ohne Lockdown zu Ende

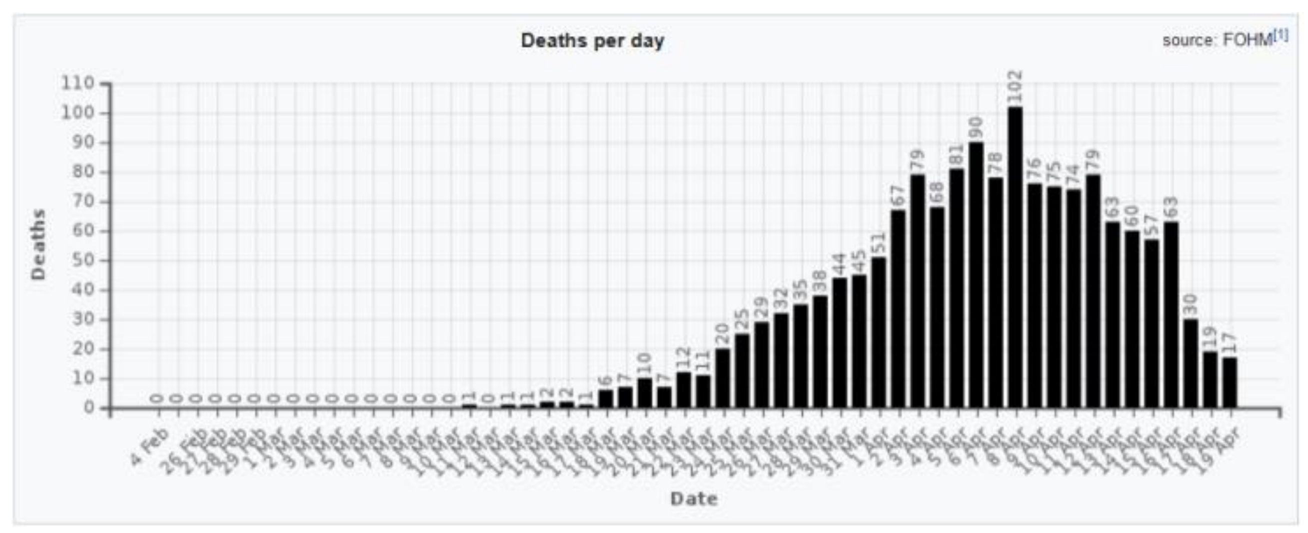
Die neuesten Zahlen zu Patienten und Todesfällen zeigen, dass die Epidemie in Schweden dem Ende entgegen geht. Auch in Schweden entstand die Übersterblichkeit hauptsächlich in Pflegeheimen, die man nicht gut genug geschützt habe, wie der Chefepidemiologe erklärte.

Die schwedische Bevölkerung profitiert nun im Vergleich zu anderen Ländern zudem von einer hohen natürlichen Immunität gegen das Covid19-Virus, die sie vor einer möglichen „zweiten Welle“ im nächsen Winter insgesamt besser schützen dürfte.

Es ist davon auszugehen, dass Covid19 in der schwedischen Gesamtsterblichkeit 2020 nicht sichtbar sein wird. Das schwedische Beispiel zeigt, dass „Lockdowns“ medizinisch unnötig oder sogar kontraproduktiv sowie gesellschaftlich und ökonomisch verheerend waren.



Video: Why lockdowns are the wrong policy – Swedish expert Professor Johan Giesecke



Testpositive Todesfälle in Schweden (FOHM/Wikipedia; die Werte können sich noch etwas verändern).

Anekdoten vs. Evidenz

Angesichts fehlender wissenschaftlicher Evidenz setzen manche Medien vermehrt auf schauerliche Anekdoten, um die Angst in der Bevölkerung aufrechtzuerhalten. Ein typisches Beispiel sind angeblich an Covid19 verstorbene „gesunde Kinder“, bei denen sich später meist herausstellt, dass sie doch nicht an Covid19 starben oder aber schwer vorerkrankt waren.

Österreichische Medien berichteten zuletzt von einigen Tauchern, die sechs Wochen nach einer Covid19-Erkrankung mit Lungenbeteiligung noch verminderte Leistungswerte und eine auffällige Bildgebung aufwiesen. In einem Abschnitt wird von „irreversiblen Schäden“ gesprochen, im nächsten erklärt, dies sei „unklar und spekulativ“. Unerwähnt bleibt, dass Taucher nach einer Lungenentzündung generell 6 bis 12 Monate pausieren sollten.

Häufig werden auch neurologische Effekte wie der temporäre Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinnes angeführt. Auch hier bleibt zumeist unerwähnt, dass dies ein bekannter Effekt von Erkältungs- und Grippeviren ist, und Covid19 hierbei eher mild auffällt.

In anderen Berichten werden mögliche Auswirkungen auf verschiedene Organe wie Nieren, Leber oder Gehirn hervorgehoben, ohne zu erwähnen, dass viele der betroffenen Patienten bereits sehr alt waren und schwere chronische Vorerkrankungen hatten.

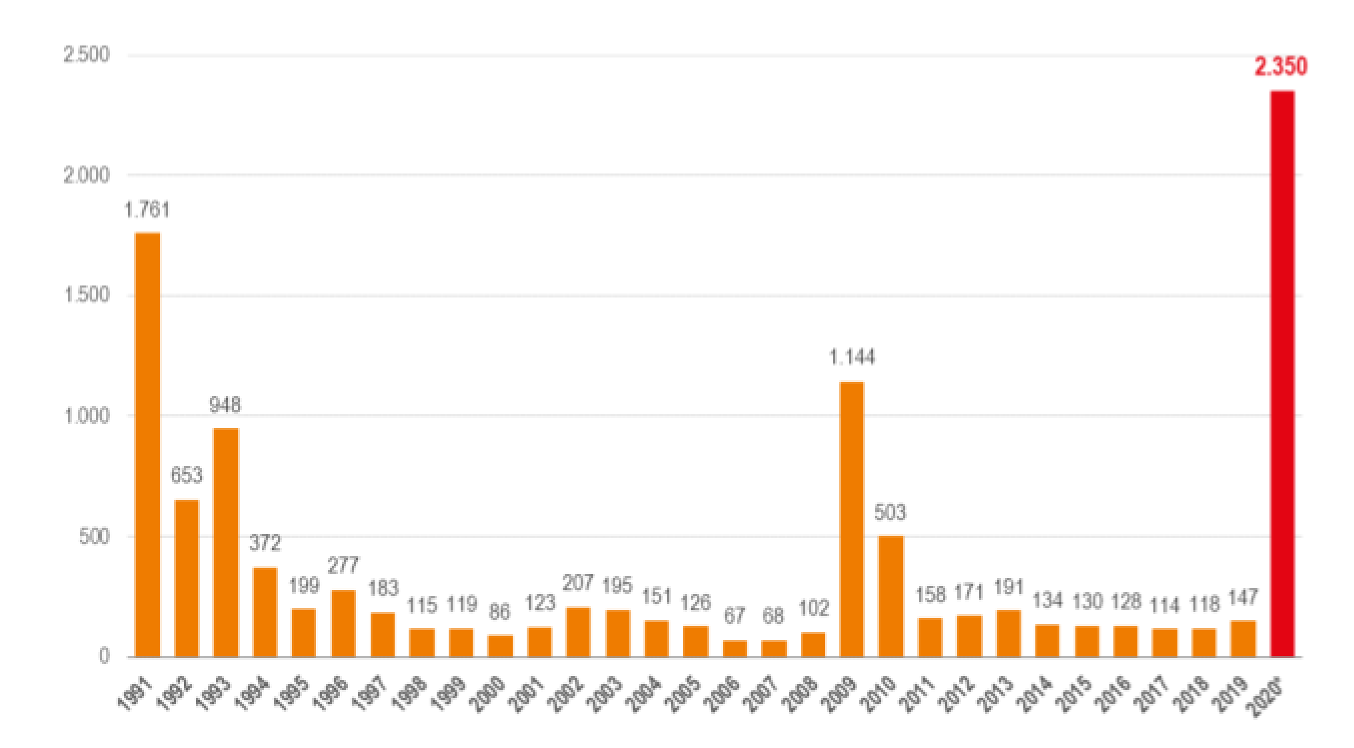
Politische Updates

- WOZ: Wenn die Angst regiert. „Mit Drohnen, Apps und Demoverboten: Im Zuge der Coronakrise werden grundlegende Freiheiten ausgehebelt. Passen wir nicht auf, bleiben sie es auch nach dem Lockdown – doch die Extremsituation bietet auch Grund zur Hoffnung."
- Multipolar: Welche Agenda wird hier verfolgt? „Die Regierung lobt sich selbst, verbreitet Durchhalteparolen und bremst zugleich beim Erheben grundlegender Daten, mit denen sich die Verbreitung und Gefährlichkeit des Virus verlässlich messen ließe. Schnell und entschlossen handeln die Behörden dagegen beim Ausbau von fragwürdigen Instrumenten, wie neuen „Corona-Apps" zur kollektiven Pulsmessung und Kontaktverfolgung."
- Professor Christian Piska, Experte für öffentliches Recht und Legal Tech in Wien: „Österreich ist anders geworden. Sehr anders, auch wenn die meisten es einfach so hinzunehmen scheinen. Schrittweises Hochfahren der Wirtschaft hin oder her – wir leben urplötzlich mit polizeistaatlichen Verhältnissen und gravierenden Einschränkungen unserer Grund- und Menschenrechte, die diktatorischen Regimes bestens anstünden. () Das ist die Büchse der Pandora, die – einmal geöffnet – eventuell nie mehr geschlossen werden kann."
- Mehr als 300 Wissenschaftler aus 26 Ländern warnen vor einer „beispiellosen Überwachung der Gesellschaft" durch nichtdatenschutzkonforme Corona-Apps. Mehrere Wissenschaftler und Universitäten, darunter die ETH Zürich und EPFL-Professor Marcel Salathé, sind inzwischen aus dem europäischen Kontaktverfolgungs-Projekt PEPP-PT wegen mangelnder Transparenz ausgestiegen. Zuletzt wurde bekannt, dass die Schweizer Firma AGT in das Projekt involviert ist, die zuvor Massenüberwachungssysteme für arabische Staaten aufgebaut hatte.
- In Israel demonstrierten rund 5000 Menschen (mit jeweils 2m Abstand) gegen die Maßnahmen der Regierung Netanjahu: „Sie sprechen von einer exponentiellen Zunahme der Coronafälle, aber das einzige was exponentiell zunimmt, das sind die Menschen die aufstehen um unser Land und unsere Demokratie zu schützen."
- Der in Madrid lebende irische Journalist Jason O'Toole beschreibt die Situation in Spanien: „Mit dem Militär auf den Straßen ist es schwer, nicht von Kriegsrecht zu sprechen. George Orwells Big Brother ist hier lebendig und wohlauf, und die spanische Polizei überwacht jeden mit Hilfe von Überwachungskameras oder durch Drohnen. () Allein in den ersten vier Wochen wurden 650.000 Menschen zu einer Geldstrafe verurteilt und 5.568 verhaftet. Ich war schockiert, als ich einen Videoclip sah, in dem ein Polizist einen psychisch kranken jungen Mann mit schwerer Gewalt festnahm, der offenbar gerade mit Brot nach Hause ging."
- OffGuardian: Die beunruhigenden Entwicklungen bei der britischen Polizei.
- US-Investigativjournalistin Whitney Webb beschreibt in einem neuen Beitrag „Wie der nationale Sicherheitsstaat der USA das Coronavirus nutzt, um eine orwellsche Vision zu verwirklichen": „Im vergangenen Jahr forderte eine US-Regierungskommission, ein mit künstlicher Intelligenz gesteuertes Massenüberwachungssystem einzuführen, das weit über das in jedem anderen Land verwendete hinausgeht, um die amerikanische Hegemonie im Bereich der künstlichen Intelligenz zu sichern. Nun werden unter dem Deckmantel der Bekämpfung der Coronavirus-Krise viele der identifizierten „Hindernisse" zur Einführung dieses Systems rasch beseitigt." (Deutsche Version)
- In einem früheren Beitrag befasste sich Whitney Webb bereits mit der zentralen Rolle des „Zentrums für Gesundsheits-Sicherheit" der Johns Hopkins Universität in der aktuellen Pandemie sowie dessen Rolle in früheren Pandemie- und Biowaffen-Simulationen und

dessen enge Verbindungen zum US-Sicherheits- und Militärapparat. (Deutsche Übersetzung)

- Die Idee, dass eine Pandemie für den Ausbau weltweiter Überwachungs- und Kontroll-instrumente genutzt werden kann, ist nicht neu. Bereits 2010 beschrieb die amerikanische Rockefeller Foundation in einem Arbeitspapier zu technologischen und gesellschaftlichen Zukunftsentwicklungen ein „Lock Step Szenario", in dem die heutigen Entwicklungen überraschend präzise antizipiert wurden (ab Seite 18).
- „Die Wahrheit über Fauci": In einem neuen Interview spricht US-Virologin Dr. Judy Mikovits über ihre Erfahrungen mit Dr. Anthony Fauci, der als Chef der US-Seuchenbehörde derzeit die Covid19-Maßnahmen der US-Regierung wesentlich mitgestaltet.
- Hilfsorganisationen warnen, dass „ungleich mehr Menschen" an den wirtschaftlichen Folgen der Maßnahmen sterben werden als an Covid-19 selbst. Prognosen gehen inzwischen von 35 bis 65 Millionen Menschen aus, die durch die globale Rezession in absolute Armut abrutschen werden. Und vielen von ihnen drohe der Hungertod.
- In Deutschland wird für 2020 mit 2.35 Millionen Beschäftigten in Kurzarbeit gerechnet, das sind mehr als doppelt so viele wie nach der Finanzkrise von 2008/2009.

Abbildung 1: Beschäftigte in Kurzarbeit in Deutschland 1991-2020 im Jahresdurchschnitt; in 1.000



* 2020 = Prognose der Bundesregierung aufgrund Corona-Krise
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

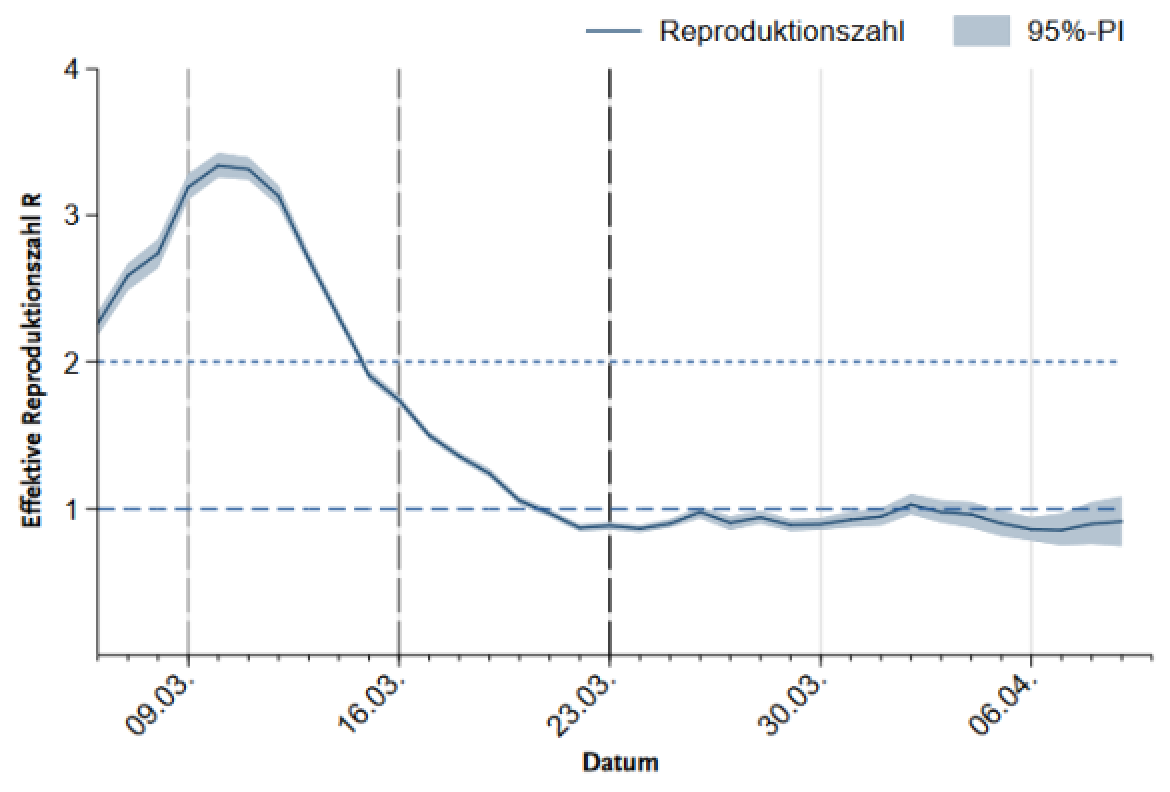
18. April 2020

Medizinische Notizen

- Eine neue serologische Studie der Universität Stanford fand im Bezirk Santa Clara in Kalifornien Antikörper in 50 bis 85 mal mehr Personen als bisher angenommen, wodurch sich eine Covid-Letalität von 0.12% bis 0.2% oder sogar darunter ergibt (d.h. im Bereich einer starken Influenza). Professor John Ioannidis erklärt die Studie in einem Video.

- Das Zentrum für evidenzbasierte Medizin (CEBM) der Universität Oxford geht in einer neuen Analyse davon aus, dass die Letalität von Covid19 (IFR) zwischen 0,1% und 0,36% liegt (das heißt im Bereich einer starken Grippe). Bei über 70-Jährigen *ohne schwere Vorerkrankungen* liege die Letalität voraussichtlich bei unter 1%. Bei über 80-Jährigen liege die Letalität zwischen 3% und 15%, je nachdem, ob die bisherigen Todesfälle hauptsächlich *mit* oder *an* der Krankheit erfolgten. Die Letalität bei Kindern liege – im Unterschied zur Grippe – nahe bei null. Zur hohen Sterblichkeit in Norditalien weist die Forschungsrupppe u.a. auf die europaweit höchste Antibiotikaresistenz in Italien hin. Tatsächlich zeigen Daten der italienischen Behörden, das rund 80% der Verstorbenen mit Antibiotika behandelt wurden, was auf bakterielle Superinfektionen hindeutet.
- Der finnische Epidemiologie-Professor Mikko Paunio von der Universität Helsinki hat in einem Arbeitspapier mehrere internationale Untersuchungen ausgewertet und kommt auf eine Covid19-Letalität (IFR) von 0.1% oder weniger (d.h. im Bereich der saisonalen Grippe). Der Eindruck einer höheren Letalität sei entstanden, weil sich das Virus sehr schnell verbreitet habe, insbesondere auch in Mehr-Generationen-Haushalten in Italien und Spanien, aber auch in Großstädten wie New York. Die „Lockdown"-Maßnahmen seien überall zu spät gekommen und hätten nichts mehr gebracht bzw. seien letztlich sogar kontraproduktiv gewesen. (Update: Professor Paunio hat ein Update veröffentlicht.)
- Die kumulierte Gesamtsterblichkeit in der Schweiz lag im ersten Quartal 2020 (1. Januar bis 5. April) gemäß den Zahlen des Bundesamtes für Statistik trotz Covid19 im mittleren Normalbereich. Ein wesentlicher Grund hierfür dürfte der milde Winter und die milde diesjährige Grippesaison sein, die nun durch Covid19 seit März teilweise „kompensiert" wurde.
- In der Schweiz sind laut einer Recherche vom 14. April nicht nur die Krankenhäuser insgesamt sehr tief ausgelastet, sondern auch die Intensivstationen. Es stellt sich damit weiterhin die Frage, wo und woran die testpositiven Schweizer Todesfälle tatsächlich verstorben sind.
- Der Präsident der deutschen Krankenhausgesellschaft schlägt Alarm: Mehr als 50 Prozent aller deutschlandweit geplanten Operationen wurden abgesagt, der „OP-Stau" gehe in die Tausende. Zudem würden 30 bis 40% weniger Patienten mit Herzinfarkt und Schlaganfall behandelt, da sich diese aus Angst vor Corona nicht mehr in die Kliniken wagen. Es gebe bundesweit 150.000 freie Krankenhausbetten und 10.000 freie Intensivbetten. In Berlin seien nur 68 Intensivbetten mit Corona-Patienten belegt, die Notklinik mit 1000 Betten werde aktuell nicht gebraucht. Es brauche einen „viel breiteren öffentlichen Diskurs" über die richtigen Maßnahmen.
- Neue Daten des RKI zeigen, dass auch in Deutschland die Reproduktionszahl von Covid19 *bereits vor dem Lockdown* unter den kritischen Wert von 1 gefallen war. Allgemeine Hygienemaßnahmen waren mithin ausreichend, um die exponentielle Ausbreitung zu verhindern. Bereits zuvor wurde dies von der ETH Zürich auch für die Schweiz belegt.
- UK: Londons provisorisches Nightingale-Krankenhaus ist mit nur 19 Patienten, die am Osterwochenende in der Einrichtung behandelt wurden, weitgehend leer geblieben. Die etablierten Krankenhäuser Londons haben ihre Kapazität auf der Intensivstation verdoppelt und kommen bisher mit der Anzahl an Patienten zurecht.
- In Kanada verstarben 31 Menschen in einem Altersheim, nachdem „fast alle Pflegekräfte die Einrichtung aus Angst vor einer Ausbreitung des Coronavirus fluchtartig verlassen hatten. Gesundheitsbehörden fanden die Menschen in dem Heim in Dorval bei Montreal erst Tage später vor – viele der Überlebenden dehydriert, unterernährt und teilnahmslos." Ähnliche Tragödien wurden bereits aus Norditalien berichtet, wo osteuropäische Pflegekräfte das Land aufgrund der Panik und des angekündigten Lockdowns fluchtartig verließen.
- Ein schottischer Arzt, der auch Pflegeheime betreut, schreibt: „Was war die Regierungsstrategie für Pflegeheime? Die bisherigen Aktionen machten die Situation viel, viel schlimmer."

- Auf einem französischen Flugzeugträger wurden 1081 Soldaten positiv getestet. Davon blieben bisher knapp 50% symptomlos und ca. 50% zeigten milde Symptome. 24 Soldaten wurden hospitalisiert, davon einer auf der Intensivstation (Vorerkrankungen unbekannt).
- Der deutsche Virologe Christian Drosten hält es für möglich, dass manche Menschen durch Kontakt mit normalen Erkältungs-Coronaviren bereits eine wirksame sogenannte Hintergrund-Immunität gegen das neue Coronavirus aufgebaut haben.
- Der Hamburger Rechtsmediziner Klaus Püschsel, der bereits zahlreiche testpositive Verstorbene untersucht hat, erklärt in einem neuen Beitrag: „Die Zahlen rechtfertigen die Angst vor Corona nicht“. Seine Erkenntnisse: „Corona ist eine vergleichsweise harmlose Viruserkrankung. Wir müssen uns damit beschäftigten, dass Corona eine normale Infektion ist, und wir müssen lernen, damit zu leben, und zwar ohne Quarantäne.“ Die von ihm untersuchten Todesopfer hätten alle so schwere Vorerkrankungen gehabt, dass sie, „auch wenn das hart klingt, alle im Verlauf dieses Jahres gestorben wären“. Püschel weiter: „Die Zeit der Virologen ist vorbei. Wir sollten jetzt andere fragen, was in der Coronakrise das Richtige ist, etwa die Intensivmediziner.“
- Eine Übersicht auf Medscape zeigt, dass Coronaviren-Erkrankungen typischerweise Ende April zurückgehen – mit oder ohne Lockdown.
- Infosperber: „Weniger Corona-Fälle? Einfach weniger testen!“ Die täglich gemeldete Zahl der «neuen Fälle» sage über den Stand der Epidemie wenig aus. Es sei fahrlässig, mit der Kurve der kumulierten testpositiven Todesfälle Angst auszulösen.
- OffGuardian: Acht weitere Experten, die die Corona-Panik hinterfragen. (Englisch)
- **Video**: Why lockdowns are the wrong policy – Swedish expert Prof. Johan Giesecke Der schwedische Epidemiologie-Professor Johan Giesecke spricht von einem „Tsunami einer milden Erkrankung“ und hält Ausgangssperren für kontraproduktiv. Das Wichtigste sei es, die Risikogruppen, insbesondere die Pflegeheime, effizient zu schützen.



Reproduktionszahl in Deutschland. Umfassendes Kontakverbot („Lockdown“) ab 22. März. Verbot von Veranstaltungen mit über 1000 Personen ab 9. März (RKI).

Beatmung bei Covid19

Weitere Fachleute in Europa und den USA haben sich zur Behandlung von kritischen Covid19-Patienten geäußert und raten dringend von einer invasiven Beatmung (Intubation) ab. Es liege bei Covid19-Patienten kein akutes Lungenversagen (ARDS) vor, sondern ein Sauerstoffmangel, der möglicherweise durch ein Diffusionsproblem (bei der Durchblutung der Lunge) verursacht wird, ausgelöst durch das Virus oder die Immunreaktion darauf.

- WELT: Sterberate bei Beatmungspatienten gibt Rätsel auf
- AP: Some doctors moving away from ventilators for virus patients
- Video: Dr. Thomas Voshaar zur Behandlung und Beatmung von Covid19-Patienten
- Video: New York intensive care doctor on Covid19 as a possible diffusion hypoxemia
- COVID-19 pneumonia: different respiratory treatments for different phenotypes?

Politische Notizen

- Der deutsche Ökonom Norbert Haering erklärt in mehreren Beiträgen, wie die „Corona-Krise“ genutzt wird, um seit längerem geplante Überwachungsinstrumente in den Bereichen Reiseverkehr, Zahlungsverkehr, Kontaktverfolgung und Biometrie weltweit einzuführen.
- In mehreren US-Bundesstaaten kam es zu Protesten gegen die Ausgangssperren.
- **Video**: Polizeigewalt und Überwachung im Rahmen von „Corona-Lockdowns“ in aller Welt.
- Giorgio Agamben, italienischer Philosoph, zu den Corona-Maßnahmen: „Ein Land, ja eine Kultur implodiert gerade, und niemanden scheint es zu kümmern. Was spielt sich gerade vor unseren Augen in den Ländern ab, die von sich behaupten, sie seien zivilisiert?“
- Italienische Anwälte legen Beschwerde gegen Corona-Maßnahmen der Regierung ein.
- Der deutsche Wirtschaftsprofessor Stefan Homburg in der WELT: „Warum Deutschlands Lockdown falsch ist – und Schweden vieles besser macht.“: „Zusammengefasst haben Länder wie Schweden, Südkorea oder Taiwan mit ihrem Verzicht auf Lockdowns klug gehandelt. Die dortigen Virologen führten Bevölkerung und Politik mit ruhiger Hand durch die Krise, statt sie durch ständige Kurswechsel zu verunsichern. Das Coronavirus wurde ohne Schaden für Grundrechte und Arbeitsplätze erfolgreich eingedämmt. Deutschland sollte sich diese Politik zum Vorbild nehmen.“ (Siehe auch: Ein Videointerview mit Prof. Homburg).
- Ein Schweizer Bürger hat einen Eilantrag an das Bundesverwaltungsgericht und an den Bundesrat gesandt, um die sofortige Aufhebung des Lockdowns zu erwirken.
- **Video**: „Schweizer Ärzten wurden Maulkörbe verpasst, der Bundesrat ist zerstritten.“ Ein Interview mit Dr. med. Stephan Rietiker, dem Initianten und Betreiber von InsideCorona.ch
- **Video**: „Der Schweizer Bundesrat gehört ins Gefängnis. Eine Polemik.“

16. April 2020

- Die Londoner *Times* berichtet, dass bis zu 50% der aktuellen britischen Übersterblichkeit *nicht durch Coronaviren verursacht* werden, sondern durch die Effekte des Lockdowns, der allgemeinen Panik und des teilweisen gesellschaftlichen Zusammenbruchs. Es handelt sich dabei um rund 3000 Menschen pro Woche. Tatsächlich könnte diese Zahl sogar noch höher liegen, da auch die britische Corona-Definition Todesfälle *mit* (statt durch) Coronaviren sowie reine Verdachtsfälle einschließt. Hinzu kommt, dass rund 50% der „Corona-Todesfälle“ Pflegeheime betreffen, die durch einen allgemeinen Lockdown nicht besser geschützt werden.
- In Dänemark wird der Lockdown inzwischen bereut: „Wir hätten nie den Stoppknopf drücken sollen. Das dänische Gesundheitssystem hatte die Situation unter Kontrolle. Der totale Lockdown war ein Schritt zu weit.“, argumentiert Professor Jens Otto Lunde

Jørgensen vom Aarhus Universitätskrankenhaus. Dänemark fährt derzeit den Schulbetrieb wieder hoch.

- Der Yale-Professor David Katz, der bereits früh vor den negativen Folgen eines Lockdowns warnte, gab ein ausführliches einstündiges Interview zur aktuellen Situation.
- Der deutsche Virologe Hendrik Streeck erklärt, dass bisher keine „Schmierinfektionen“ in Supermärkten, Restaurants oder Frisiersalons nachgewiesen werden konnte.
- Neue Antikörper-Daten aus der italienischen Gemeinde Robbio in der Lombardei zeigen, dass rund zehmal mehr Personen den Coronavirus hatten als ursprünglich angenommen, da sie keine oder nur leichte Symptome entwickelten. Die Immunisierungrate liege bei 22%.
- Neue Daten aus dem Schweizer Kanton Zürich zeigen, dass sich rund 50% aller „Covid19-Todesfälle“ in Alters- und Pflegeheimen ereignet haben; dennoch blieben auch dort rund 40% aller testpositiven Personen bisher symptomlos. Das Durchschnittsalter der testpositiven Verstorbenen liegt in der Schweiz derzeit bei 84 Jahren.
- Der Schweizer Chefarzt für Infektiologie, Pietro Vernazza, äußert sich zur „Mit-dem-Virus-Leben“-Strategie und empfiehlt unter anderem einen individuell optimierten Schutz gefährdeter Personen. Auch die Immunität der Allgemeinbevölkerung sei ein Schutz für gefährdete Menschen.
- Die neue britische Website Lockdown Skeptics berichtet kritisch über Covid19, die getroffenen Maßnahmen und die allgemeine Medienberichterstattung.
- Die zivilgesellschaftliche österreichische „Initiative für evidenzbasierte Corona-Informationen“ bietet einen Überblick über Studien und Analysen zu Coronaviren.
- Dokumentation: „Die WHO – Im Griff der Lobbyisten“ (ARTE, 2017)

15. April 2020

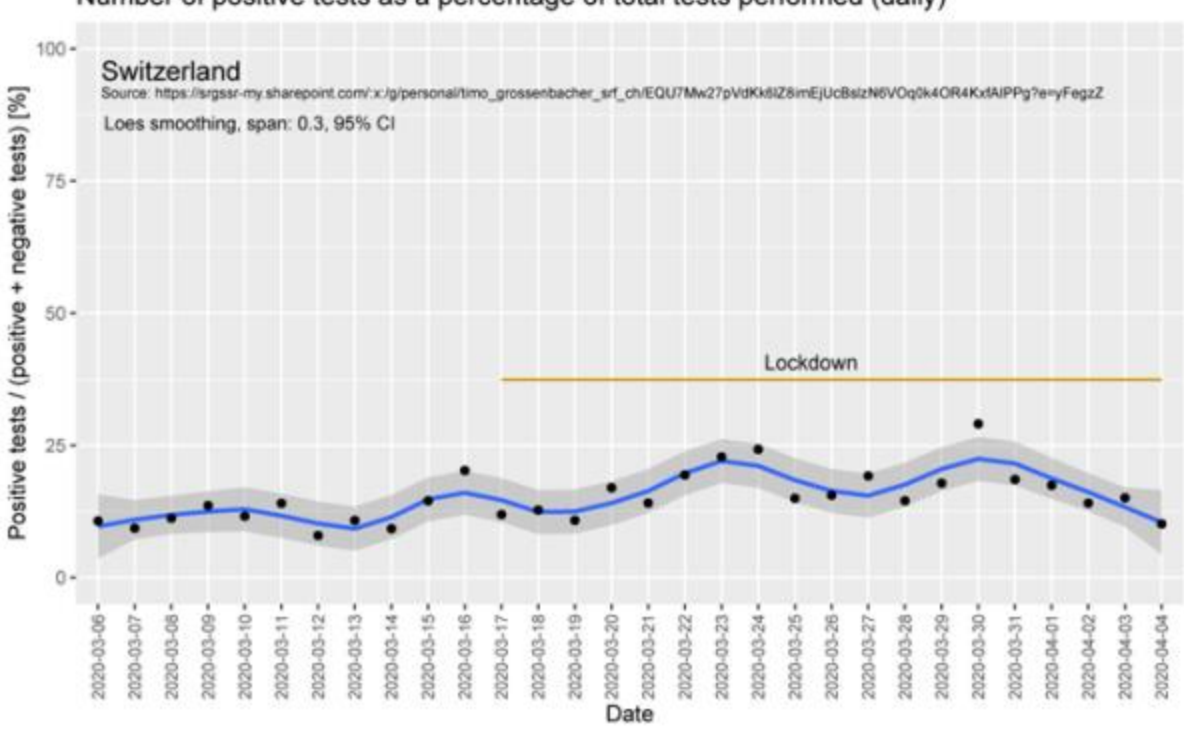
Medizinische Meldungen

- Professor Alexander Kekulé, einer der führenden deutschen Mikrobiologen und Epidemiologen, fordert in einem Interview mit dem britischen *Telegraph* ein Ende des Lockdowns, da dieser mehr Schaden anrichte als das Virus selbst. Bei Menschen unter 50 Jahren seien schwere Verläufe oder Todesfälle „sehr, sehr unwahrscheinlich“. Die Allgemeinbevölkerung solle eine rasche Immunität entwickeln, während Risikogruppen zu schützen seien. Man könne nicht auf einen Impfstoff warten, was mindestens sechs bis zwölf Monate dauern werde, sondern müsse einen Weg finden, mit dem Virus zu leben.
- Das deutsche Netzwerk für evidenzbasierte Medizin berichtet, dass die Letalität einer starken saisonalen Influenza (Grippe) wie 2017/2018 vom deutschen Robert-Koch-Institut auf 0,4% bis 0,5% geschätzt werde, und nicht wie früher angenommen auf nur 0,1%. Dies würde bedeuten, dass die Letalität von Covid19 sogar *unter* derjenigen einer starken saisonalen Grippe liegen könnte, aber sich in einem deutlich kürzeren Zeitraum auswirkt.
- Das Luxemburger Tageblatt berichtet, dass Schwedens „lockere Strategie zu Covid19 zu funktionieren scheint“. Trotz minimaler Maßnahmen und viel internationaler Kritik scheine sich die Lage „derzeit deutlich zu beruhigen“. Ein riesiges Feldlazarett, das bei Stockholm aufgebaut wurde, bleibe mangels Bedarf weiterhin geschlossen. Die Anzahl der Patienten auf Intensivstationen sei gleichbleibend auf niedrigem Niveau oder sogar leicht rückläufig. „Es gibt viele freie Plätze in den Intensivstationen in allen Stockholmer Krankenhäusern. Wir nähern uns der Abflachung der Erkrankungskurve“, erklärte ein Oberarzt der Karolinska Klinik. Bisher kam es in Schweden zu circa 900 Todesfällen *mit* Covid19.
- Ein direkter Vergleich zwischen UK (mit Lockdown) und Schweden (ohne Lockdown) zeigt, dass die beiden Länder bei Fallzahlen und Todesfällen pro Bevölkerung fast identisch abschneiden.

- Eine Mitteilung im *New England Journal of Medicine* berichtet, dass bei einer Untersuchung von schwangeren Frauen 88% der testpositiven Frauen *keine Symptome* zeigten – ein sehr hoher Wert, der sich aber mit früheren Untersuchungen aus China und Island deckt.
- Professor Dan Yamin, Direktor des Forschungslabors für Epidemien an der Tel Aviv Universität, erklärt in einem Interview, dass das neue Coronavirus für einen Großteil der Bevölkerung „wenig gefährlich" sei und eine rasche natürliche Immunität das Ziel sein müsse. Der Schaden durch einen Lockdown sei enorm, mit diesem Geld könne man besser eine neue Klinik bauen.
- Der Präsident des israelischen Nationalen Forschungsrats, Professor Isaac Ben-Israel, argumentiert, dass die Corona-Epidemie nach bisherigen Erktenntnissen in den meisten Ländern nach ca. 8 Wochen vorbei sei, *unabhängig davon*, welche Maßnahmen getroffen werden. Er empfiehlt deshalb, den „Lockdown" umgehend aufzuheben.
- Der britische Statistik-Professor David Spiegelhalter zeigt, dass das Sterberisiko durch Covid19 in etwa der normalen Sterblichkeit entspricht und nur für die Altersgruppe zwischen ca. 70 und 80 Jahren sichtbar erhöht ist (vgl. unterste Grafik im Artikel).
- Professor Karin Moelling, emeritierte Direktorin des Instituts für Virologie der Universität Zürich und eine frühe Kritikerin überzogener Maßnahmen, betont in einem neuen Interview die Rolle lokaler Sonderfaktoren wie Luftverschmutzung und Populationsdichte.
- Der britische Guardian wies 2015 darauf hin, dass die extreme Luftverschmutzung in chinesischen Städten 4000 Menschen *pro Tag* tötet. Dies ist mehr, als China an Covid19-Todesfällen bisher *insgesamt* gemeldet hat.
- Der deutsche Virologe Hendrik Streeck hat sich gegen Kritik an seiner Pilotstudie verteidigt. Streeck fand eine Letalität (auf Fälle bezogen) von 0,37% und eine Mortalität (auf Bevölkerung bezogen) von 0,06%, was einer starken saisonalen Grippe entspricht.
- Ein Mitarbeiter einer Münchner Klinik berichtet: „Wie bereits wiederholt beschrieben bleiben die Covid-Patienten weitgehend aus. Da Kliniken aber verpflichtet wurden für diese Patientengruppe eine vorgegebene Anzahl Betten und hier besonders Beatmungsplätze freizuhalten, um den ‚Gesundheitsnotstand' zu verhindern, entsteht mehr und mehr eine groteske Situation. Wir stehen vor leeren Intensivbetten weil die Corona-Welle einfach nicht kommen will, müssen aber gleichzeitig andere lebensbedrohlich Erkrankte oder Verletzte abweisen, weil wir die Betten nicht belegen dürfen. Dies bedeutet in der Folge eine zeitintensive Suche nach geeigneten Behandlungsplätzen für diese Patienten, längere Anfahrtwege der Rettungsdienste, einen verzögerten Behandlungsbeginn für die Patienten und oft genug die berühmten Rot-Kreuz-Reisen im RTW oder den Rundflug im Helikopter bis eine aufnahmefähige Klinik gefunden wird. Der Mangel entsteht jetzt einfach an anderer Stelle. Der abstrakte Mangel an Corona-Betten weicht dem realen Mangel für Betten der ‚normalen' Patienten."
- Österreichische Internisten warnen vor „Kollateralschäden": Abseits des Coronavirus werden Kontroll- und Operationstermine verschoben, „Kollateralschäden" würden damit drohen. In Wien kommen z.B. weniger Patienten mit Herzinfarktsymptomen in die Spitäler.
- Ein Schweizer Biophysiker hat erstmals die Positivenrate von Covid19 in der Schweiz durchgehend grafisch dargestellt. Das Ergebnis zeigt, dass die Positivenrate zwischen ca. 10% und 25% pendelt, und dass der „Lockdown" keinen wesentlichen Einfluss hat (siehe Grafik unten). Schweizer Behörden und Medien haben die Positivenrate bisher nicht dargestellt.
- Ein Schweizer Forscher hat den neuesten Covid19-Bericht des Bundesamtes für Gesundheit analysiert und kommt erneut zu einer sehr kritischen Einschätzung: „Der BAG-Situationsbericht ist ungeeignet für die Politik und eine dortige kompetente Entscheidungsfindung, ist erneut höchst unspezifisch, lückenhaft und mangelhaft aussagekräftig."
- Der Schweizer Chefarzt für Infektiologie, Dr. Pietro Vernazza, erklärt in einem neuen Beitrag, dass es sich bei der angeblich fehlenden Immunitätsbildung bei Covid19 um

„seltene Einzelfälle oder auch nur Hinweise“ handle, die „bei genauerer Betrachtung kein Problem darstellen“, jedoch von manchen Medien „zu Hiobsbotschaften aufgebauscht und überstürzt aufgetischt“ werden.

- Aus Frankreich werden vermehrt Suizide gemeldet, die aus Angst vor dem Coronavirus erfolgen oder aus Angst, jemanden mit dem Coronavirus angesteckt zu haben.
- Die neue französische Seite Covid Infos befasst sich kritisch mit Covid19 und Medienberichten.



Schweizer Positivenrate vor und während Lockdown (FS)

USA und UK

- Auf dem US-Kriegsschiff Theodore Roosevelt wurden 600 Matrosen positiv auf Covid19 getestet, ein erster Matrose sei inzwischen an oder mit Covid19 gestorben. Das Kriegsschiff wird eine wichtige „Fallstudie“ sein für die Wirkung auf die gesunde Allgemeinbevölkerung unter 65 Jahren.
- Der emeritierte britische Pathologie-Professor, Dr. John Lee, argumentiert, es brauche eine robuste und evidenzbasierte Debatte, um „große Fehler“ zu vermeiden. Viele der von Regierungen und Medien verwendeten Zahlen seien nicht zuverlässig gewesen.
- In Großbritannien sind derzeit 40% der Krankenhausbetten unbelegt, das ist viermal mehr als üblich. Der Grund dafür ist der starke Rückgang der allgemeinen Patientenaufnahmen. Bei den Intensivbetten, deren Kapazität ausgebaut wurde, seien insgesamt 78% belegt, in einigen Regionen auch mehr. Zudem seien 10% der Krankenpfleger in Quarantäne.
- Die temporären Corona-Stationen des US-Militärs bei New York seien bisher „weitgehend leer„. Die Hospitalisierungsrate in New York wurde um den Faktor sieben überschätzt.
- Eine US-Studie kommt zum Ergebnis, dass sich das neue Coronavirus bereits viel weiter ausgebreitet hat als ursprünglich angenommen, bei den meisten Menschen jedoch keine oder nur milde Symptome hervorruft, sodass die Letalitätsrate bei nur 0,1% liegen könnte, was in etwa der saisonalen Grippe entspricht. Wegen der leichteren Übertragbarkeit seien die Krankheitsfälle etwa in New York jedoch in kürzerer Zeit als üblich angefallen.
- Der Chefarzt für Pneumologie und Intensivmedizin der Eastern Virginia Medical School erklärt in einem neuen Dokument zur Behandlung von Covid19-Patienten: „Covid19

verursacht kein typisches Lungenversagen … Diese Erkrankung muss anders behandelt werden und es ist wahrscheinlich, dass die Situation durch Beatmungsschäden an der Lunge verschlimmert wird.“

- In den USA behauptete ein Gouverneur, ein Kleinkind sei als weltweit jüngstes Opfer „an Covid“ gestorben. Bekannte der Familie erklärten jedoch, dass das Kleinkind bei einem tragischen Unfall zuhause erstickt sei und im Krankenhaus nachträglich positiv getestet wurde. Der zuständige Rechtsmediziner erklärte keinen Covid-Todesfall.
- Eine Ärztin aus dem US-Bundesstaat Montana erklärt in einem Vortrag, wie Totenscheine bei Covid19-Verdachtsfällen aufgrund neuer Richtlinien manipuliert werden.

Pflegeheime

- Eine Analyse von Daten aus fünf europäischen Ländern zeigt, dass Bewohner von Plegeheimen bisher zwischen 42% und 57% aller „Covid19-Todesfälle“ ausmachten. Zugleich zeigen drei US-Studien, dass bis zu 50% aller testpositiven Bewohner von Pflegeheimen zum Testzeitpunkt (noch) *keine Symptome* zeigten. Daraus lassen sich zwei Schlüsse ziehen: Einerseits scheint sich die Gefährlichkeit des neuen Coronavirus – wie bereits vermutet – auf eine kleine, sehr verwundbare Bevölkerungsgruppe zu konzentrieren, die es noch besser zu schützen gilt. Andererseits ist es denkbar, dass ein Teil dieser Menschen nicht oder nicht nur am Coronavirus stirbt, sondern auch am extremen, damit verbundenen Stress. Bereits in Deutschland und Italien wurde zuletzt von Pflegeheimbewohnern berichtet, die ohne Symptome plötzlich verstarben.
- Ein deutscher Palliativmediziner argumentiert in einem neuen Interview, dass man bei der Behandlung von Covid19-Patienten „sehr falsche Prioritäten gesetzt und alle ethischen Prinzipien verletzt“ habe. Es gebe eine „sehr einseitige Ausrichtung auf die Intensivbehandlung“, obschon „das Verhältnis zwischen Nutzen und Schaden“ oftmals nicht stimme. Man würde aus oftmals schwerstpflegebedürftigen Patienten, die in der Vergangenheit zumeist palliativ behandelt worden seien, durch eine neue Diagnose Intensivpatienten machen und sie einer leidvollen, aber oftmals aussichtslosen Behandlung (mit künstlicher Beatmung) unterziehen. Im Vordergrund müsse der Wille des jeweiligen Patienten stehen.

	Date	Source	Deaths of care home residents linked to COVID-19	% of total COVID-19 deaths	% of care home beds
Belgium	10/04/2020	Official data	1.405	42	0,8
France	11/04/2020	Official data	6,177	45	0,7
Nouvelle Aquitanie (FR)	11/04/2020	Official data	82	45	0,2
Ireland	11/04/2020	Official data	156	54	0,5
Italy	6/04/2020	Survey by official institute (extrapolation)	9,509	45	3,2
Spain	8/04/2020	Media	9.756	57	2,5

Covid19-Todeszahlen in Pflegeheimen (LTC Covid)

Politische Themen

- In Deutschland wurde eine Fachanwältin für Medizinrecht, die eine Beschwerde gegen die Corona-Maßnahmen beim Bundesverfassungsgericht einreichte und zur Anmeldung von Demonstrationen aufrief, verhaftet und für zwei Tage in eine Gefängnispsychiatrie eingeliefert. Die Staatsanwaltschaft ermittelt wegen „öffentlicher Aufforderung zu Straftaten“. Ein weiterer Rechtsanwalt fragt in einem Offenen Brief an die deutsche Bundes-

Rechtsanwalts-Kammer: „Rechtsanwältin wegen Protest in die Psychiatrie? Ist es wieder soweit in Deutschland?“

- In der Schweiz wurde ein „corona-kritischer“ Arzt wegen angeblicher „Drohungen gegen Angehörige und Behörden“ von einer Spezialeinheit der Polizei verhaftet und in die Psychiatrie eingewiesen. Die Familie erklärte inzwischen, dass es *keine* Drohungen gegen Angehörige gab. Der Arzt erklärte zudem, dass ihm bei der Einvernahme *keine* „Drohungen gegen Behörden“ vorgehalten wurden. Die Polizei rechtfertigte den Einsatz der Spezialeinheit damit, dass sie beim Arzt von einem Waffenbesitz ausging – dabei handelte es sich indes um die übliche Schweizer Sanitätspistole ohne Munition. Die Verlegung des Arztes in die Psychiatrie wurde mit einer angeblichen „Hafterstehungsunfähigkeit“ begründet (wie sie z.B. bei Pflegefällen vorliegt) – auch dies dürfte als Vorwand zu sehen sein. Nach jetzigem Kenntnisstand ist mithin von einer möglicherweise *politisch motivierten Psychiatrisierung* auszugehen, wie sie in der Schweiz bis in die 1980er Jahre eine jahrzehntelange Tradition hatte. Die ehemalige US-Abgeordnete Cynthia McKinney machte bereits auf den Schweizer Fall aufmerksam.
- Italien verwendet nun europäische Satellitendaten, um die Bewegungen der Bevölkerung während des Lockdowns zu überwachen.
- Die britische Polizei schlug die Türe einer Privatwohnung ein, um eine Corona-Kontrolle auf „soziale Ansammlungen“ durchzuführen.
- Verfassungsrechtler Professor Oliver Lepsius: „Vom Niedergang grundrechtlicher Denkkategorien in der Corona-Pandemie“.

12. April 2020

Neue Studien

- Der Stanford-Medizinprofessor John Ioannidis kommt in einer neuen Studie zum Ergebnis, dass das Sterberisiko durch Covid19 für unter 65 Jahre alte Menschen selbst in den globalen „Hotspots“ dem Risiko eines tödlichen Autounfalls für tägliche Pendler entspreche.
- Der deutsche Virologe Hendrick Streeck kommt in einer serologischen Pilotstudie zum Zwischenergebnis, dass die Letaltiät von Covid19 bei 0.37% und die Mortalität (auf die Gesamtbevölkerung bezogen) bei 0.06% liegt. Diese Werte sind rund zehnmal tiefer als jene der WHO und rund fünfmal tiefer als jene der Johns Hopkins Universität.
- Eine dänische Studie mit 1500 Blutspendern kommt zum Ergebnis, dass die Letalität von Covid19 bei nur 1.6 Promille liegt, das heißt über 20 mal niedriger als von der WHO ursprünglich angenommen und damit im Bereich einer starken (pandemischen) Influenza. Zugleich hat Dänemark beschlossen, kommende Woche die Schulen und Kindergärten wieder zu öffnen.
- Eine serologische Studie im US-Bundesstaat Colorado kommt zum vorläufigen Ergebnis, dass die Letalität von Covid19 um einen Faktor 5 bis Faktor 20 überschätzt wurde und im Bereich zwischen einer normalen und einer pandemischen Grippe liegen dürfte.
- Eine Untersuchung der Medizinischen Universität Wien kommt zum Ergebnis, dass das Alters- und Risikoprofil der Covid19-Verstorbenen in etwa der normalen Sterblichkeit entspricht.
- Eine Studie im *Journal of Medical Virology* kommt zum Ergebnis, dass der international verwendete Coronavirentest instabil sei: Zusätzlich zum bereits bekannten Problem der falschen positiven Resultate gebe es auch eine „möglicherweise hohe“ Rate an falschen negativen Resultaten, d.h. der Test spricht selbst bei symptomatischen Personen nicht an, während er bei anderen Patienten einmal anspricht und dann wieder nicht. Dadurch werde die Unterscheidung von anderen grippeähnlichen Erkrankungen erschwert.

- Ein Schweizer Biophysiker hat erstmals die Positivenrate in den USA, Deutschland, Frankreich und der Schweiz ausgewertet und grafisch dargestellt. Daraus wird ersichtlich, dass die Positivenrate in diesen Ländern nur leicht und nicht exponentiell zunimmt.
- US-Forscher kommen zum Ergebnis, dass lokale Luftverschmutzung das Sterberisiko an Covid19 stark erhöht. Dies bestätigt frühere Untersuchungen aus Italien und China.
- Die WHO kam Ende März zum Resultat, dass Covid19 entgegen früheren Vermutungen nicht durch Aerosole („durch die Luft") übertragen wird. Die Übertragung finde hauptsächlich durch direkten Kontakt oder durch Tröpfcheninfektion (Husten, Niesen) statt.
- Der deutsch-amerikanische Epidemiologie-Professor Knut Wittkowski geht in einem Interview davon aus, dass die Covid19-Epidemie in vielen Ländern bereits am Abklingen oder sogar „schon vorbei" sei. Die Ausgangssperren seien zu spät gekommen und kontraproduktiv gewesen.

Europäisches Mortalitätsmonitoring

Das europäische Mortalitätsmonitoring zeigt inzwischen in mehreren europäischen Ländern eine deutliche prognostizierte Übersterblichkeit in der Altersgruppe über 65 Jahren. In anderen Ländern, darunter Deutschland und Österreich, liegt die Sterblichkeit aber auch in dieser Altersgruppe noch im Normalbereich (oder sogar darunter).

Offen bleibt weiterhin die Frage, ob die teilweise erhöhte Sterblichkeit allein auf das Coronavirus oder auch auf die teilweise drastischen Maßnahmen zurückzuführen ist (durch Isolation, Stress, abgesagte OPs, etc.), und ob die Sterblichkeit auch in der Jahressicht noch erhöht sein wird.

Bei den Altersgruppen unter 65 Jahren gibt es bisher nur in England eine (prognostizierte) erhöhte Sterblichkeit, die über frühere Grippewellen hinausgeht. Das Medianalter der testpositiven Verstorbenen liegt in Italien bei 80, in Deutschland bei 83 und in der Schweiz bei 84 Jahren.

Schweiz

- Laut dem neuesten Bericht des BAG liegt der Altersmedian der testpositiven Verstorbenen inzwischen bei 84 Jahren, 96% hatten mindestens eine Vorerkrankung. Die Anzahl der hospitalisierten Patienten bleibt konstant.
- Eine Studie der ETH Zürich kommt zum Ergebnis, dass die Ansteckungsrate in der Schweiz bereits *mehrere Tage vor* dem „Lockdown" auf den stabilen Wert von 1 fiel, vermutlich aufgrund von allgemeinen Hygiene- und Alltagsmaßnahmen. Falls dieses Resultat korrekt ist, würde es die Sinnhaftigkeit eines „Lockdowns" grundsätzlich infrage stellen. (Zur ETH-Studie)
- Das Schweizer Magazin *Infosperber* kritisiert die Informationspolitik von Behörden und Medien: „Statt zu informieren führen Behörden eine PR-Kampagne" . Mit irreführenden Zahlen und Grafiken werde eine teilweise unberechtigte Angst verbreitet.
- Auch das Schweizer Konsumentenschutz-Magazin *Ktipp* kritisiert die Informationspolitik und Medienberichterstattung: „Behörden informieren irreführend."
- Ein Schweizer Forscher hat den neusten Covid19-Bericht des Bundesamtes für Gesundheit analysiert und kommt zu einem sehr kritischen Ergebnis: Der Bericht sei „wissenschaftlich unausgewogen, tendenziell bevormundend und irreführend (oder zumindest verwirrend)". Die Maßnahmen seien in Abetracht der Fakten „verantwortungslos und angstverbreitend".
- Schweizer Ärzte sprechen in einem Offenen Brief an den Schweizer Gesundheitsminister von einer „Diskrepanz zwischen dem vor allem auch von den Medien geschürten Bedrohungsszenario und unserer Realität." Die in der Allgemeinbevölkerung beobachteten Covid19-Fälle seien wenige und zumeist mild verlaufen, hingegen nehmen „Angststörungen und Panikattacken" in der Bevölkerung zu und viele Patienten würden sich nicht mehr zu wichtigen Untersuchungsterminen getrauen. „Und dies im Zusammenhang mit einem Virus,

dessen Gefährlichkeit nach unserer Wahrnehmung in der Zentralschweiz lediglich in den Medien und in unseren Köpfen existiert."

- Aufgrund der sehr tiefen Patientenauslastung mussten inzwischen mehrere Kliniken in der Schweiz und in Deutschland Kurzarbeit anmelden. Der Rückgang an Patienten beträgt bis zu 80%.
- Dr. Daniel Jeanmonod, emeritierter Schweizer Professor für Physiologie und Neurochirurgie, empfiehlt in einer Analyse: „Think deep, do good science, and do not panic!„
- Der Schweizer Mediziner Professor Dr. Paul Robert Vogt hat einen vielbeachteten Beitrag zu Covid19 verfasst. Er kritisiert eine „Sensationspresse", warnt aber auch, dass es sich nicht um eine „gewöhnliche Grippe" handle. In manchen Punkten liegt der Arzt indes falsch: Letalitätsrate und Altersmedian sind sehr wohl zentrale Größen, die Unterscheidung mit/durch Coronavirus essentiell, Atemschutzmasken und Beatmungsgeräte in vielen Fällen ungeeignet (siehe unten), Ausgangssperren eine fragwürdige und womöglich kontraproduktive Maßnahme.

Deutschland und Österreich

- In einem Thesenpapier üben deutsche Gesundheitsexperten Kritik an der Krisenpolitik der Bundesregierung. Sie sprechen von Langzeitschäden in der Bevölkerung, die der teilweise Shutdown verursache. Die vom RKI publizierten Zahlen hätten „eine geringe Aussagekraft".
- Der Bundesverband deutscher Pathologen fordert in einer Mitteilung, dass „Corona-Todesfälle" obduziert werden müssen (um die wirkliche Todesursache festzustellen) und widerspricht damit explizit „der Empfehlung des Robert-Koch-Instituts", das sich gegen Obduktionen aussprach, angeblich, weil sie zu gefährlich seien.
- Dr. Martin Sprenger hat seine Funktion im Corona-Expertenrat des österreichischen Gesundheitsministeriums niedergelegt, um „seine bürgerliche und wissenschaftliche Meinungsfreiheit wiederzugewinnen". Dr. Sprenger kritisierte zuvor unter anderem, dass die Regierung das Risiko des Virus für verschiedene Bevölkerungsgruppen nicht genügend unterscheide und zu pauschale Maßnahmen treffe: „Wir müssen aufpassen, dass der Verlust an gesunden Lebensjahren aufgrund einer mangelhaften Versorgung anderer akuter und chronischer Erkrankungen nicht Faktor 10-mal höher ist als der durch COVID-19 verursachte Verlust an gesunden Lebensjahren." Das Coronavirus sei vor allem für „ältere, hochbetagte Menschen" gefährlich, so Sprenger.
- In einem deutschen Pflegeheim wurde ein 84 Jahre alter Mann positiv auf Covid19 getestet, worauf das gesamte Heim unter Quarantäne gestellt und Massentests durchgeführt wurden. Das erste Testergebnis stellte sich später jedoch als falsch heraus.

Skandinavien

- Der Norwegische Ärzteverband schreibt in einem Offenen Brief an den Gesundheits-minister, man sei besorgt, dass die getroffenen Maßnahmen gefährlicher als das Virus sein könnten, da normale Patienten nicht mehr untersucht und behandelt werden.
- Ein schwedischer Publizist erklärt im britischen *Spectator*: „Es ist nicht Schweden, das ein Massenexperiment durchführt. Es sind alle anderen Länder, die das tun."
- Professor Ansgar Lohse, Direktor an der Hamburger Universitätsklinik, erklärt in einem Interview: „Die schwedischen Maßnahmen sind meines Erachtens die rationalsten weltweit. Natürlich stellt sich die Frage, ob das psychologisch durchzuhalten ist. Anfänglich müssen die Schweden mit deutlich mehr Todesfällen rechnen, die sich aber mittel- bis langfristig dann deutlich reduzieren. Abgerechnet wird in einem Jahr – wenn die Schweden es durchhalten. Die Angst vor der Virusinfektion zwingt Politiker leider oft zu Handlungen, die nicht unbedingt vernünftig sind. Die Politik ist getrieben, auch durch die Bilder der Medien."

- Laut dem schwedischen Chefepidemiologen Anders Tegnell habe Stockholm bezüglich Covid-Infektionen inzwischen ein „Plateau“ erreicht. (Mehr Meldungen zu Schweden)

USA und Asien

- In den USA empfehlen die Behörden nun ebenfalls, alle testpositiven Todesfälle sowie sogar Verdachtsfälle *ohne* positives Testergebnis als „Covid-Todesfälle“ zu registrieren. Ein amerikanischer Arzt und Staatssenator von Minnesota erklärte, dies komme einer Manipulation gleich. Außerdem würden für Krankenhäuser finanzielle Anreize bestehen, Patienten als Covid19-Patienten zu deklarieren. (Etwas Humor zu dieser Thematik).
- Ein Covid19-Feldspital bei Seattle im US-Bundesstaat Washington wurde bereits nach drei Tagen wieder geschlossen, ohne dass Patienten aufgenommen wurden. Dies erinnert an die kurzfristig errichteten Krankenhäuser bei Wuhan, die ebenfalls nur sehr gering ausgelastet waren oder sogar leer blieben und nach kurzer Zeit wieder abgebaut wurden.
- Zahlreiche Medien berichteten von angeblichen „Corona-Massengräbern“ auf der Hart Island bei New York. Diese Meldungen sind in doppelter Hinsicht irreführend: Erstens ist Hart Island seit langem einer der bekanntesten Armenfriedhöfe der USA, zweitens erklärte der Bürgermeister von New York, dass keine Massengräber geplant sind, sondern dass unidentifizierte Verstorbene (d.h. ohne Angehörige) auf Hart Island beigesetzt werden sollen.
- Einer der führenden indischen Epidemiologen erklärt, „Wir können nicht auf den Mond flüchten„ und empfiehlt die rasche Entwicklung einer natürlichen Immunität in der Bevölkerung.

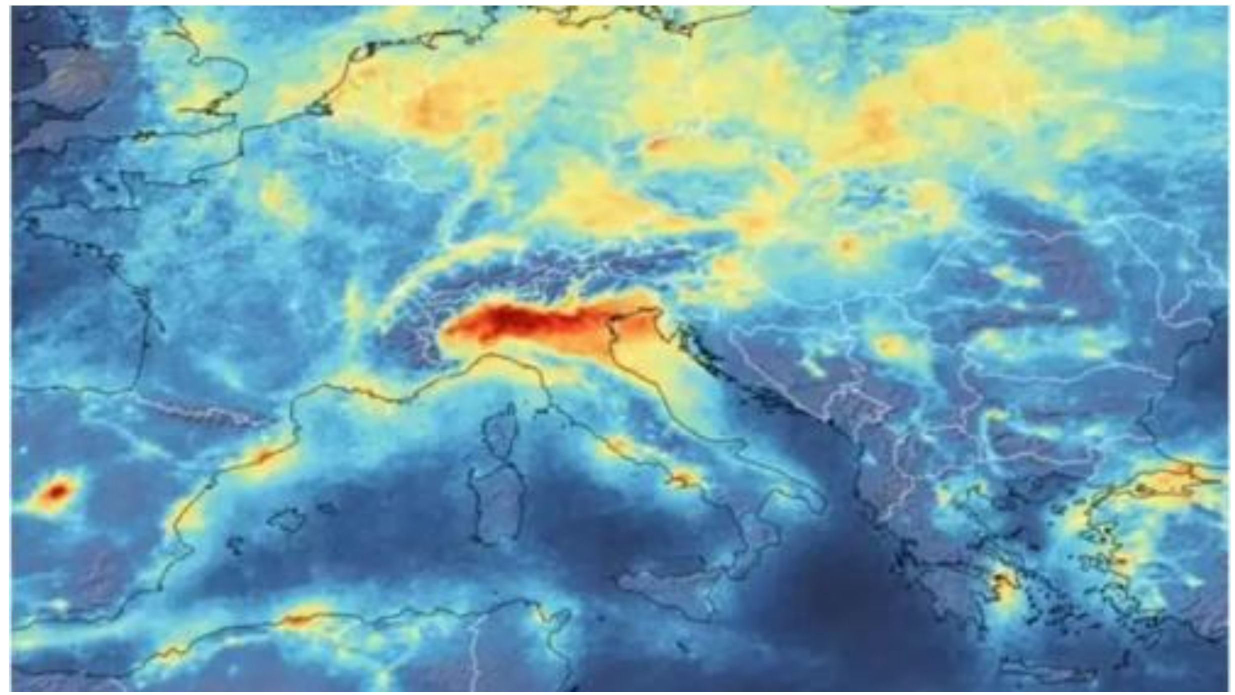
Norditalien

Zu Norditalien wurden zuletzt verschiedene mögliche Risikofaktoren diskutiert.

Es ist richtig, dass in der Lombardei in den Monaten unmittelbar vor Ausbruch von Covid19 zwei umfangreiche Impfkampagnen gegen Influenza und gegen Meningokokken durchgeführt wurden, insbesondere auch in den späteren Hotspots Bergamo und Brescia. Es ist zwar *theoretisch denkbar*, dass solche Impfungen mit Coronaviren-Infektionen wechselwirken können, aber medizinisch ist eine solche mögliche Wechselwirkung derzeit nicht belegt.

Ebenfalls ist es richtig, dass in Norditalien in der Vergangenheit eine hohe Asbestbelastung vorlag, die das Risiko für spätere, *krebsartige* Lungenerkrankungen erhöht. Auch hier kann aber nicht von einem *direkten Zusammenhang* mit Covid19 ausgegangen werden.

Generell ist es aber zutreffend, dass die Lungengesundheit der norditalienischen Bevölkerung aufgrund von hoher Luftverschmutzung und einigen anderen Faktoren seit langem beeinträchtigt ist und sie für Atemwegserkrankungen deshalb besonders anfällig ist.


Winter-Smog (NO2) in Norditalien im Februar 2020 (ESA)

Chefarzt Pietro Vernazza

Der Schweizer Chefarzt für Infektiologie, Professor Pietro Vernazza, hat vier neue Artikel zu Studien bezüglich Covid19 veröffentlicht.

- Im ersten Artikel geht es darum, dass es für die Wirksamkeit von **Schulschließungen** keine medizinische Evidenz gibt (und auch nie gab), da Kinder im Allgemeinen weder ernsthaft am Virus erkranken noch zu den Überträgern des Virus gehören (im Unterschied zur Influenza).
- Im zweiten Artikel geht es darum, dass **Atemschutzmasken** im Allgemeinen keine nachweisbare Wirkung haben, mit einer Ausnahme: Erkrankte Menschen *mit Symptomen* (d.h. insbesondere Husten) können dadurch die Ausbreitung des Virus reduzieren. Ansonsten seien die Masken eher Symbolik bzw. ein „Medienhype".
- Im dritten Artikel geht es um die Frage der **Massentests**. Das Fazit von Professor Vernazza: „Wer Symptome einer Atemwegserkrankung hat, bleibt zu Hause. Das gilt genauso bei Grippe. Eine Testung bringt keinen zusätzlichen Nutzen."
- Im vierten Artikel geht es um die **Covid19-Risikogruppen**. Dazu gehören nach den bisherigen Erkenntnissen Menschen mit *Bluthochdruck* – es wird vermutet, dass das Covid19-Virus Zellrezeptoren nutzt, die auch für die Blutdruckregulation zuständig sind. *Nicht zu den Risikogruppen* gehören jedoch, überraschenderweise, Menschen mit Immunschwäche sowie schwangere Frauen (die natürlicherweise ein reduziertes Immunsystem haben). Das Risiko bei Covid19 sei im Gegenteil oftmals eine *Überreaktion* des Immunsystems.

Intensiv- vs. Palliativmedizin

Ein deutscher Palliativmediziner erklärt in einem Interview, dass Covid19 „keine intensiv-medizinische Erkrankung" sei, da es sich bei den stark betroffenen Menschen typischerweise um mehrfach vorerkrankte Menschen im hohen Alter handle. Wenn diese Menschen eine Lungenentzündung bekommen, seien sie „schon immer palliativ (sterbebegleitend) versorgt worden". Mit einer Covid19-Diagnose mache man daraus nun aber einen Intensivfall und könne die Patienten dann aber „natürlich trotzdem nicht retten".

Das aktuelle Handeln vieler Entscheider bezeichnet der Arzt als „Panikmodus". Derzeit seien die Intensivbetten in Deutschland noch relativ leer. Beatmungsgeräte seien frei. Aus Umsatzgründen könnten Krankenhaus-Geschäftsführer auf die Idee kommen, alte Menschen aufzunehmen. „Wir werden in 14 Tagen die Stationen voll haben mit nicht-rettbaren, multimorbiden Alten. Und wenn die dann an den Geräten sind, stellt sich die Frage, wer die wieder ausschaltet. Das ist doch dann ein Tötungsdelikt." Es drohe eine „ethische Katastrophe" aus Geldgier, meint der Mediziner.

Beatmung bei Covid19

Weltweit gab und gibt es einen Ansturm auf Beatmungsgeräte für Covid19-Patienten. Diese Seite war weltweit eine der ersten, die darauf aufmerksam machte, dass die invasive Beatmung (Intubation) in vielen Fällen kontraproduktiv ist und den Patienten zusätzlich schadet.

Die invasive Beatmung wurde ursprünglich empfohlen, weil aufgrund tiefer Sauerstoffwerte fälschlicherweise auf ein akutes Lungenversagen geschlossen wurde, und weil die Angst bestand, bei einer sanfteren nicht-invasiven Beatmung könnte sich das Virus durch Aerosole verbreiten.

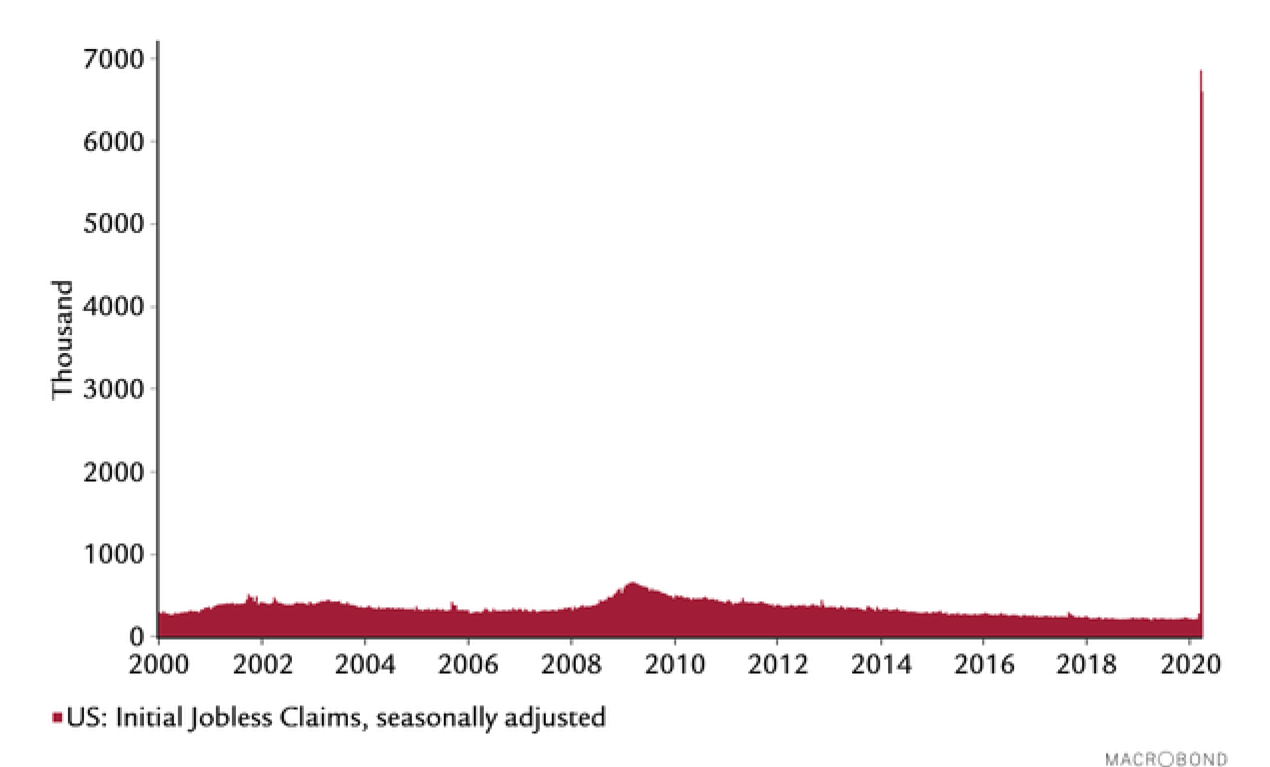
Inzwischen haben sich mehrere führende Lungenfachärzte und Intensivmediziner aus den USA und Europa zu Wort gemeldet, die von einer invasiven Beatmung abraten und sanftere Methoden bzw. eine Sauerstofftherapie empfehlen, wie sie von Südkorea bereits erfolgreich angewandt wurde.

- **DE**: „Es wird zu häufig intubiert und invasiv beatmet" (Dr. Thomas Voshaar, FAZ)
- **DE**: COVID-19: Beatmung – und dann? (DocCheck Fachartikel)
- **DE**: Erfahrungsbericht eines Intensivmediziners zu Covid-19 (Dr. Tobias Schindler)
- Why Some Doctors Are Now Moving Away From Ventilator Treatments (TIME)
- Ventilators aren't a panacea for a pandemic like coronavirus (Dr. Matt Strauss)
- With ventilators running out, doctors say the machines are overused for Covid-19 (SN)
- Covid-19 Does Not Lead to a "Typical" Acute Respiratory Distress Syndrome (ATSJ)
- Do COVID-19 Ventilator Protocols Need a Second Look? (Medscape)

Politische Entwicklungen

- NSA-Whistleblower Edward Snowden warnt in einem neuen Interview, dass Regierungen den Coronavirus nutzen, um eine „Architektur der Unterdrückung" aufzubauen.
- Apple und Google haben angekündigt, in Zusammenarbeit mit nationalen Behörden ein sogenanntes „Contact Tracing" in ihre mobilen Betriebssysteme einzubauen, mit dem sich die Kontakte innerhalb der Bevölkerung überwachen lassen.
- Der deutsche Verfassungsrechtler Uwe Volkmann erklärte in ARD Monitor, er kenne unter seinen Kollegen „niemanden", der die Corona-Maßnahmen für verfassungskonform hält.
- Die italienische Regierung hat eine „Task Force" eingerichtet, um „Falschmeldungen" zu Covid im Internet zu „beseitigen" . Die freie Meinungsäußerung bleibe aber „unangetastet".
- Frankreich hat die erlaubte Untersuchungshaft verlängert und die Prüfung durch einen Richter ausgesetzt. Beschwerden durch Anwaltsverbände wurden abgewiesen.
- Dänemark führte Anfang April „beispiellos harte Ausnahmegesetze" ein: „Die Gesundheitsbehörden können ab sofort Zwangstests, Zwangsimpfungen sowie Zwangsbehandlungen anordnen und für die Durchsetzung ihrer Anordnungen neben der Polizei auch Militär sowie private Wachdienste einsetzen."
- Die Polizei im deutschen Bundesland Nordrhein-Westfalen testet Drohnen bei Corona-Einsätzen, konkret zur Suche nach verbotenen Menschenansammlungen.
- Das deutsche Bundesland Sachsen will Quarantäne-Verweigerer in Psychiatrien sperren.
- Ein „corona-kritischer" Schweizer Arzt wurde verhaftet und in die Psychiatrie eingewiesen, da er „Drohungen gegen Behörden und Angehörige" geäußert habe.

- In Deutschland hat eine Fachanwältin für Medizinrecht eine Verfassungsbeschwerde gegen die Corona-Maßnahmen eingereicht und einen Offenen Brief dazu veröffentlicht, in dem sie vor einem Abgleiten in einen Polizeistaat warnt und unter anderem zur Anmeldung von Demonstrationen aufrief. Die Staatsanwaltschaft und Polizei haben daraufhin Ermittlungen gegen die Anwältin aufgenommen wegen „Aufruf zu einer Straftat“, die Internetseite der Anwältin wurde zeitweise abgeschaltet. Die Verfassungsbeschwerde wurde inzwischen abgelehnt.
- Auch in Österreich haben inzwischen mehrere Anwälte Beschwerden gegen die Corona-Maßnahmen beim Verfassungsgerichtshof eingereicht. Grundrechte und Gewaltenteilung seien durch die Maßnahmen verletzt, argumentieren die Anwälte.
- Der Bürgermeister von Los Angeles versprach eine Belohnung für „Petzer“ (*snitches*), die ihre Nachbarn den Behörden melden, wenn sie die Ausgangssperren verletzen.
- In den USA sind aufgrund des Lockdowns bereits über 16 Millionen Menschen arbeitslos, das entspricht rund 10% der Arbeitsbevölkerung. Laut der Internationalen Arbeitsagentur ILO sind derzeit 80% der weltweit 3,3 Milliarden Arbeitskräfte von den Maßnahmen betroffen. 1,25 Milliarden Arbeitskräfte könnten von „drastischen oder katastrophalen“ Folgen betroffen sein.



Arbteitslosigkeit in den USA (Wöchtenliche Anträge)

7. April 2020

Einschätzung des Chefs der Hamburger Rechtsmedizin

Professor Klaus Püschel, Chef der Hamburger Rechtsmedizin, erklärte zu Covid19: „Dieses Virus beeinflusst in einer völlig überzogenen Weise unser Leben. Das steht in keinem Verhältnis zu der Gefahr, die vom Virus ausgeht. Und der astronomische wirtschaftliche Schaden, der jetzt entsteht, ist der Gefahr, die von dem Virus ausgeht, nicht angemessen. Ich bin überzeugt, dass sich die Corona-Sterblichkeit nicht mal als Peak in der Jahressterblichkeit bemerkbar machen wird.“ So sei bisher in Hamburg „kein einziger nicht vorerkrankter Mensch“ an dem Virus verstorben: „Alle, die wir bisher untersucht haben, hatten Krebs, eine chronische Lungenerkrankung, waren starke Raucher oder schwer fettleibig, litten an Diabetes oder hatten eine Herz-Kreislauf-Erkrankung. () Covid-19

ist nur im Ausnahmefall eine tödliche Krankheit, in den meisten Fällen jedoch eine überwiegend harmlos verlaufende Virusinfektion."

Zudem erklärte Dr. Püschel: „In nicht wenigen Fällen haben wir auch festgestellt, dass die aktuelle Coronainfektion überhaupt nichts mit dem tödlichen Ausgang zu tun hat, weil andere Todesursachen vorliegen, zum Beispiel eine Hirnblutung oder ein Herzinfarkt." Corona an sich sei eine „nicht besonders gefährliche Viruserkrankung", sagt der Rechtsmediziner. Er plädiert für eine auf konkreten Untersuchungsbefunden beruhende Statistik. „Alle Mutmaßungen über einzelne Todesfälle, die nicht sachkundig überprüft worden sind, schüren nur Ängste."

Die Freie und Hansestadt Hamburg hatte zuletzt, entgegen den Vorgaben des Berliner Robert-Koch-Instituts, damit begonnen, zwischen Todesfällen „mit" und „durch" Coronaviren zu unterscheiden, was zu einem Rückgang der Covid19-Todesfälle führte.

Weitere medizinische Meldungen

- Die neuesten Zahlen aus einem Spezialbericht des deutschen Robert-Koch-Instituts zeigen, dass die sogenannte Positivenrate (d.h. die Anzahl Testpositiver pro Anzahl Tests) deutlich langsamer zunimmt als die von den Medien gezeigten Exponentialkurven und Ende März erst bei rund 10% lag, ein für Coronaviren grundsätzlich typischer Wert. Von einer „gefährlich schnellen Verbreitung des Virus" könne deshalb „keine Rede sein", so das Magazin Multipolar.
- Der deutsche Virologe Hendrik Streeck führt derzeit eine Pilotstudie durch, um die Verbreitung und die Übertragungswege des Covid19-Erregers zu bestimmen. In einem Interview erklärt er: „Ich habe mir die Fälle von 31 der 40 Verstorbenen aus dem Landkreis Heinsberg einmal genauer angeschaut – und war nicht sehr überrascht, dass diese Menschen gestorben sind. Einer der Verstorbenen war älter als 100 Jahre, da hätte auch ein ganz normaler Schnupfen zum Tod führen können." Übertragungen durch Türklinken und dergleichen, d.h. sogenannte Schmierinfektionen, habe er bisher entgegen ursprünglicher Annahmen keine nachweisen können.
- Erste Schweizer Krankenhäuser müssen aufgrund der sehr geringen Auslastung Kurzarbeit anmelden: „Das Personal hat in allen Abteilungen zu wenig zu tun und hat in einem ersten Schritt Überzeiten abgebaut. Jetzt wird auch Kurzarbeit angemeldet. Die finanziellen Folgen sind gross." Zur Erinnerung: Eine auf unrealistischen Annahmen basierende Studie der ETH Zürich prognostizierte für den 2. April erste Engpässe in Schweizer Kliniken. Dazu kam es bisher nirgends.
- In der Schweiz gab es Anfang 2017 eine ausgeprägte Grippewelle. Damals kam es in den ersten sechs Wochen des Jahres zu knapp 1500 zusätzlichen Sterbefällen bei der über 65-jährigen Bevölkerung. Normalerweise sterben in der Schweiz rund 1300 Personen pro Jahr an den Folgen einer Lungenentzündung, wovon 95% über 65 Jahre alt sind. Zum Vergleich: Derzeit wird in der Schweiz von insgesamt 762 Todesfällen mit (nicht durch) Covid19 berichtet.
- Der Geschäftsführer eines deutschen Umweltlabors vermutet, dass die Bewohner der norditalienischen Lombardei aufgrund einer notorisch hohen Legionellenbelastung besonders anfällig für Vireninfektionen wie Covid19 sind: „Ist die Lunge wie in der aktuellen Situation durch eine Virusinfektion geschwächt, haben Bakterien leichtes Spiel, können den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und Komplikationen verursachen." In der Lombardei sei es bereits in der Vergangenheit durch mit Legionellen verseuchte Verdunstungskühlanlagen zu regionalen Pneumonie-Ausbrüchen gekommen.
- Aufgrund von Angaben aus China wurden weltweit medizinische Protokolle definiert, die für testpositive Intensivpatienten rasch eine **invasive künstliche Beatmung durch Intubation** vorsehen. Einerseits gehen die Protokolle davon aus, dass eine schonungsvollere

nicht-invasive Beatmung durch eine Maske zu schwach sei, andererseits besteht vor allem die Befürchtung, das „gefährliche Virus“ könne sich sonst duch Aerosole verbreiten. Bereits im März haben deutsche Mediziner aber darauf aufmerksam gemacht, dass die Intubation zu zusätzlichen Lungenschäden führen kann und eine insgesamt schlechte Erfolgsaussicht hat. Inzwischen haben sich auch US-Mediziner gemeldet, die beschreiben, dass die Intubation den Patienten „mehr schade als nütze“. Die Patienten würden oftmals nicht an einem akuten Lungenversagen leiden, sondern eher an einer Art Höhenkrankheit, die durch die künstliche Beatmung mit erhöhtem Druck noch verschlimmert werde. Bereits im Februar meldeten südkoreanische Mediziner hingegen, dass kritische Covid19-Patienten gut auf eine Sauerstofftherapie ohne Beatmungsgerät ansprechen. Der oben genannte US-Mediziner warnt, man müsse den Einsatz der Beatmungsgeräte dringend überdenken, um keine zusätzlichen Schäden zu verursachen.

- Das offizielle US-Modell für Covid19 hat die Hospitalisierungen bisher achtfach, die Intensivpatienten sechsfach, und die erforderlichen Beatmungsgeräte vierzigfach überschätzt.
- Der bekannte US-Statistiker Nate Silver erklärt, warum die Angabe der Corona-Fallzahlen „sinnlos“ ist, solange man nicht mehr über die Anzahl und Durchführung der Tests wisse.
- Ein Beitrag von ARD Monitor zur übertrieben dargestellten „Schweinegrippe“ von 2009 zeigt erstaunliche Parellelen zur heutigen Situation. Das Fazit des ARD-Beitrags lautete damals: „Die eigentliche Pandemie ist die Angst vor ihr.“

Weitere Meldungen

- Die Internetseite von Dr. Wolfgang Wodarg, einem der frühesten und international bekanntesten Kritiker der „Covid19-Panik“, wurde heute vom deutschen Anbieter Jimdo für einen Tag gelöscht und erst nach starken Protesten wieder aufgeschaltet. Es ist nicht bekannt, ob die zeitweise Löschung aufgrund von allgemeinen Beschwerden oder aufgrund von einer politischen Anweisung erfolgte.
- Bereits zuvor wurde die universitäre E-Mail-Adresse des emeritierten Professors Dr. Sucharit Bhakdi, der einen Offenen Brief an Bundeskanzlerin Angela Merkel verfasste, deaktiviert, nach Protesten aber ebenfalls wieder reaktiviert.
- Das dänische Parlament hat am 2. April ein neues Gesetz erlassen, dass es den Behörden erlaubt, „betrügerische“ Websites zu Covid19 zunächst auch ohne richterlichen Beschluss zu sperren und die Betreiber mit einem erhöhten Strafmaß zu belegen. Noch ist unklar, was dies für allgemein kritische Websites zu Covid19 und der diesbezüglichen Regierungspolitik bedeutet.
- Der deutsche Publizist und Journalist Harald Wiesendanger schreibt in einem Artikel, dass sein Berufsstand in der derzeitigen Krise völlig versage: „Wie ein Berufsstand, der als unabhängige, kritische, unvoreingenommene Vierte Gewalt die Mächtigen kontrollieren soll, ebenso blitzschnell wie nahezu einmütig derselben kollektiven Hysterie erliegen kann wie sein Publikum und sich für Hofberichterstattung, Regierungspropaganda, expertengläubige Vergötterung der Heiligen Kuh Wissenschaft hergibt: Das ist mir unbegreiflich, es widert mich an, ich habe genug davon, ich distanziere mich voller Fremdscham von dieser unwürdigen Performance.“
- Derzeit befindet sich über ein Drittel der Menschheit in einem „Lockdown“, das sind mehr Menschen als zur Zeit des Zweiten Weltkriegs lebten.
- In den USA sind die Gesuche für Arbeitslosengeld auf über sechs Millionen hochgeschnellt (siehe Grafik darin), ein seit der Großen Depression von 1929 historisch einmaliger Wert.
- Über einhundert Menschen- und Bürgerrechtsorganisationen warnen davor, dass die Welt durch die Corona-Krise „in einen Überwachungsstaat schlafwandelt“. Auf Twitter hat sich inzwischen neben dem Hastag #covid19 auch #covid1984 etabliert.

- Der US-Geostratege Henry Kissinger schreibt im *Wall Street Journal*, „Die Coronavirus-Pandemie wird für immer die Weltordnung verändern“. Die USA müssten ihre Bürger „beschützen“ und gleichzeitig „eine neue Epoche planen“.

5. April 2020

- In einem aufschlussreichen 40-minütigen Interview erklärt der international renommierte Epidemiologie-Professor Knut Wittkowski aus New York, dass die getroffenen Maßnahmen zu Covid19 allesamt kontraproduktiv seien. Statt „social distancing“, Schulschließungen, „lock down“, Mundschutz, Massentests und Impfungen müsse das Leben möglichst ungestört weitergehen und möglichst rasch eine Immunität in der Bevölkerung aufgebaut werden. Covid-19 sei nach allen bisherigen Erkenntnissen nicht gefährlicher als frühere Grippeepidemien.
- Das British Medical Journal (BMJ) berichtet, dass laut neuesten Daten aus China 78% der testpositiven Personen keine Symptome zeigen. Ein Oxford-Epidemiologe sagt dazu: „Diese Resultate sind sehr, sehr wichtig. () Wenn diese Resultate repräsentativ sind, dann müssen wir uns fragen, warum zur Hölle wir einen Lockdown betreiben?“
- Dr. Andreas Sönnichsen, Leiter der Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin an der Medizinischen Universität Wien sowie Vorsitzender des Netzwerks für evidenzbasierte Medizin, hält die bisher verfügten Maßnahmen für „irre“. Der ganze Staat werde lahmgelegt, nur um „die wenigen, die es betreffen könnte, zu schützen“.
- Die schwedische Regierung hat als erste weltweit angekündigt, künftig offiziell zwischen Todesfällen „durch“ und Todesfällen „mit“ dem Coronavirus zu unterscheiden. Dies dürfte zu einer Reduktion der gemeldeten Todesfälle führen. Derweil nimmt der internationale Druck auf Schweden, seine liberale Strategie aufzugeben, interessanterweise laufend zu.
- Das Gesundheitsamt von Hamburg lässt testpositive Sterbefälle neu durch die Rechtsmedizin untersuchen, um nur noch „echte“ Corona-Todesfälle zu zählen. Dadurch habe sich die Anzahl der Todesfälle im Vergleich zu den Angaben des Robert-Koch-Instituts bereits um bis zu 50% reduziert.
- Das deutsche Ärzteblatt berichtete bereits 2018 von einer „Vielzahl an Lungenent-zündungen“ in Norditalien, die die Behörden beunruhigten. Damals wurde unter anderem verunreinigtes Trinkwasser als Grund vermutet.
- Die deutsche Pharmazeutische Zeitung weist daraufhin, dass in der aktuellen Situation oftmals „Patienten schwer erkranken, sogar versterben, ohne zuvor respiratorische Symptome entwickelt zu haben.“ Neurologen vermuten diesbezüglich, dass die Coronaviren auch Nervenzellen schädigen könnten. Eine andere Erklärung wäre indes, dass diese oftmals pflegebedürftigen Patienten durch den sehr hohen Stress versterben.
- Laut den neuesten Zahlen aus der Schweiz sind die häufigsten Symptome der testpositiven Patienten in Krankenhäusern Fieber, Husten und Atembeschwerden. Bei 43% oder ca. 900 Personen liegt eine Lungenentzündung vor. Auch in diesen Fällen ist indes nicht a priori klar, ob sie durch das Coronavirus oder durch andere Erreger ausgelöst wurde. Der Altersmedian der testpositiven Verstorbenen liegt bei 83 Jahren, die Spanne reicht bis 101 Jahre.
- Das britische Projekt „In Proportion“ verfolgt die Sterblichkeit „mit“ Covid19 im Vergleich zur Sterblichkeit durch Influenza und zur Gesamtsterblichkeit, die auch in Großbritannien weiterhin im Normalbereich oder darunter liegt und derzeit abnimmt.
- Im US-Bundesstaat Indiana haben aufgrund des Lockdowns und der wirtschaftlichen Folgen die Anrufe bei der Hotline für psychische Probleme und Suizidgedanken um über 2000% von 1000 auf 25,000 Anrufe pro Tag zugenommen.
- Das medizinische Fachportal Rxisk weist darauf hin, dass verschiedene Medikamente das Infektionsrisiko für Coronaviren um teilweise bis zu 200% erhöhen können.

Weitere Meldungen

- Der britische Journalist Peter Hitchens beschreibt in einem Artikel mit dem Titel „We love Big Brother“, wie sich auch zuvor kritische Menschen trotz fehlender medizinischer Evidenz von der Angst anstecken ließen. In einem Interview erklärt er mit Blick auf die bedrohten Grundrechte, dass Kritik derzeit „eine moralische Verpflichtung“ sei.
- Der deutsche Historker René Schlott schreibt über das „Rendesvouz mit dem Polizeistaat“: „Ein Buch kaufen, auf einer Parkbank sitzen, sich mit Freunden treffen – das ist jetzt verboten, wird kontrolliert und denunziert. Die demokratischen Sicherungen scheinen durchgebrannt. Wo und wie soll das enden?“
- In Deutschland bereiten mehrere Anwaltskanzleien Klagen gegen die erlassenen Maßnahmen und Verordnungen vor. Eine Fachanwältin für Medizinrecht schreibt in einer Pressemitteilung: „Die Maßnahmen der Bundes- und Landesregierung sind eklatant verfassungswidrig und verletzen in bisher nie gekanntem Ausmaß eine Vielzahl von Grundrechten der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland. Dies gilt für alle Corona-Verordnungen der 16 Bundesländer. Insbesondere sind diese Maßnahmen nicht durch das Infektionsschutzgesetz gerechtfertigt, welches erst vor wenigen Tagen in Windeseile überarbeitet wurde. () Denn die vorliegenden Zahlen und Statistiken zeigen, dass die Corona-Infektion bei mehr als 95 % der Bevölkerung harmlos verläuft (oder vermutlich sogar bereits verlaufen ist) und somit keine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit darstellt.“
- Der Offene Brief von Professor Sucharit Bhakdi and Bundeskanzlerin Angela Merkel ist inwzsichen in Deutsch, Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch, Türkisch, Niederländisch und Estnisch verfügbar, weitere Sprachen folgen.
- In einem Interview (EN/DE) warnt NSA-Whistleblower Edward Snowden, dass Covid19 gefährlich, aber temporär sei, die Zerstörung der Grundrechte hingegen tödlich und permanent.

3. April 2020

USA: Weitere Videos von Bürgerjournalisten zeigen, dass es in manchen von US-Medien als „Kriegszonen“ beschriebenen Krankenhäusern in der Realität weiterhin sehr ruhig ist. (Hinweis: Einige Autoren ziehen daraus falsche Folgerungen.)

Österreich: Auch in Österreich werden die „Corona-Todesfälle“ offenbar „sehr liberal“ definiert, wie Medien berichten: „Zählt man auch als Corona-Toter, wenn man mit dem Virus infiziert, aber an etwas anderem gestorben ist? Ja, sagen Rudi Anschober und Bernhard Benka, Mitglied der Corona-Task Force im Gesundheitsministerium. „Es gibt eine klare Regel derzeit: Gestorben mit dem Coronavirus oder an dem Coronavirus“, führt Benka aus. Alle diese Fälle zählen zur Statistik. Ein Unterschied, woran der Patient tatsächlich gestorben ist, wird nicht gemacht. Flapsig formuliert zählt also auch ein 90-Jähriger, der mit einem Oberschenkelhalsbruch stirbt und sich in den Stunden vor seinem Tod mit Corona infiziert, als Corona-Toter. Um nur ein Beispiel zu nennen.“

Deutschland: Das deutsche Robert-Koch-Institut rät neu von Autopsien testpositiver Verstorbener ab, da das Risiko einer Tröpfcheninfektion durch Aerosole angeblich zu hoch sei. Dadurch kann jedoch die wirkliche Todesursache in vielen Fällen nicht mehr bestimmt werden.

Ein Facharzt für Pathologie kommentiert dies wie folgt (Brief unter Video abgedruckt): „Ein Schelm, wer böses dabei denkt! Bisher war es für Pathologen selbstverständlich, mit entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen auch bei infektiösen Erkrankungen wie HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose, PRION-Erkrankungen usw. zu obduzieren. Es ist schon bemerkenswert, dass bei einer Seuche, die über den ganzen Globus hinweg Tausende von Patienten dahin rafft und

die Wirtschaft ganzer Länder nahezu zum Stillstand bringt, nur äußerst spärliche Obduktionsbefunde (sechs Patienten aus China) vorliegen. Sowohl aus seuchenpolizeilicher als auch aus wissenschaftlicher Sicht sollte hier doch ein besonders großes öffentliches Interesse an Obduktionsbefunden bestehen. Das Gegenteil ist aber der Fall. Hat man Angst, davor, die wahren Todesursachen der positiv getesteten Verstorbenen zu erfahren? Könnte es sein, dass die Zahlen der Corona-Toten dann dahin schmelzen würden wie Schnee in der Frühlingssonne.“

Italien: Russisches Fachpersonal habe „merkwürdige Todesfälle“ in Pflegeheimen in der Lombardei bemerkt: „So wurden in der Stadt Gromo Zeitungsangaben zufolge mehrere Fälle registriert, in denen angebliche Coronavirus-Infizierte einfach eingeschlafen und nicht wieder erwacht sind. Bei den Verstorbenen wurden bis dahin keine ernstzunehmenden Symptome der Krankheit festgestellt. () Wie der Direktor des Seniorenheims später im Gespräch mit RIA Novosti präzisierte, sei es unklar, ob die Gestorbenen tatsächlich mit dem Coronavirus infiziert wurden, weil niemand in dem Heim darauf getestet worden sei. () In den Heimen, in denen Ärzte- und Pflegeteams aus Russland tätig sind, werden Korridore, Bettenzimmer und Speiseräume desinfiziert.“

Ähnliche Fälle wurden auch aus Deutschland bereits berichtet: Pflegepatienten *ohne Krankheits-symptome* sterben in der aktuellen Ausnahmesituation plötzlich und gelten dann als „Corona-Todesfälle“. Hier stellt sich erneut die folgenschwere Frage: Wer stirbt am Virus, und wer stirbt an den teilweise extremen Maßnahmen?

Pflegekräfte: Die Süddeutsche Zeitung berichtet: „In ganz Europa gefährdet die Pandemie die Versorgung alter Menschen zu Hause, weil Pflegekräfte nicht mehr zu ihnen können – oder das jeweilige Land fluchtartig verlassen haben Richtung Heimat.“

Weiteres: Stanford-Medizinprofessor Dr. Jay Bhattacharya gab ein halbstündiges Interview, in dem er den „conventional wisdom“ zu Covid19 infrage stellt. Die bisherigen Maßnahmen seien auf sehr unsicherer und teilweise fragwürdiger Datenbasis beschlossen worden.

2. April 2020 (I)

Deutschland

Laut dem neuesten Influenza-Bericht des deutschen Robert-Koch-Instituts ist die Anzahl der akuten Atemwegserkrankungen zuletzt „bundesweit stark gesunken“. Die Werte seien „in allen Altersgruppen stark zurückgegangen.“

Bis zum 20. März (KW12) sei die Gesamtzahl stationär behandelter Fälle mit akuten Atemwegs-erkrankungen deutlich gesunken. In der Altersgruppe ab 80 Jahre und älter habe sich die Fallzahl im Vergleich zur Vorwoche sogar fast halbiert.

In den 73 untersuchten Krankenhäusern haben 7 % aller Fälle mit Atemwegserkrankungen eine COVID-19-Diagnose erhalten. In den Altersgruppen 35-59 Jahre waren es 16% und in der Altersgruppe 60-79 Jahre waren es 13%, die eine COVID-19-Diagnose erhielten.

Diese Zahlen entsprechen jenen aus anderen Ländern sowie der grundsätzlich typischen Verbreitung von Coronaviren (5 bis 15%).

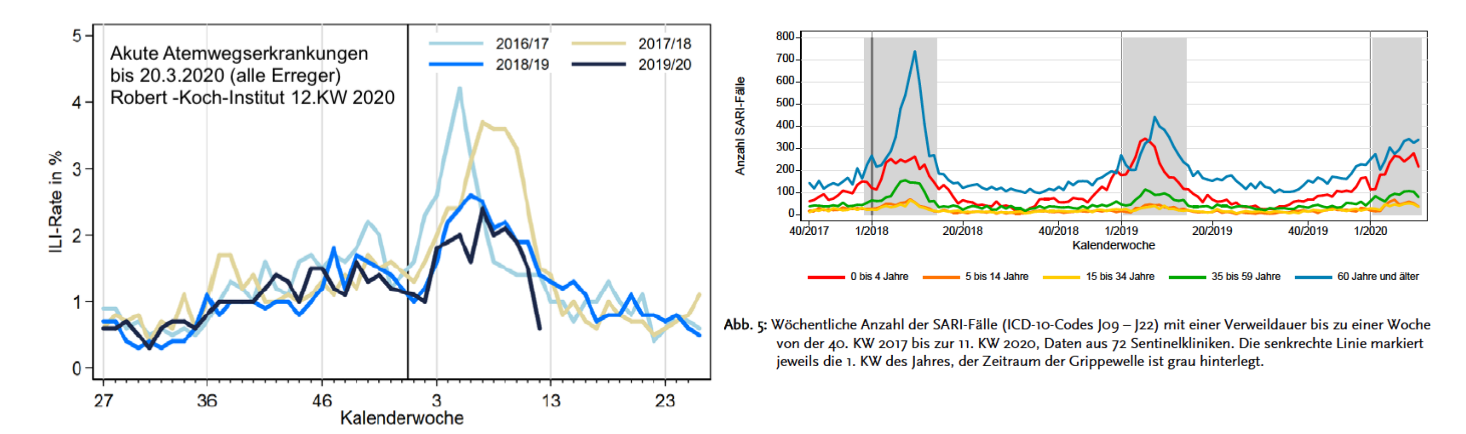


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2017 bis zur 11. KW 2020, Daten aus 72 Sentinelkliniken. Die senkrechte Linie markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Grippeähnliche Erkrankungen insgesamt und Akute Atemwegserkrankungen in Krankenhäusern (Robert-Koch-Institut, KW13 und KW12)

Ein Artikel in der ZEIT befasst sich mit der Frage der Intensivpatienten in Deutschland:

„Zurzeit beobachten Politiker, Fachleute und viele Bürger täglich mit Sorge die exponentiell steigende Zahl der Menschen, die sich neu infizieren. Jedoch ist das nicht die entscheidende Kennziffer, um einschätzen zu können, wie schwer die Corona-Krise Deutschland trifft und treffen wird. Denn sie wird vor allem durch die Zahl der seit Wochen immer stärker gesteigerten Tests verfälscht.

Um die Belastung des Gesundheitssystems zu messen, ist dagegen vor allem Zahl derjenigen wichtig, die so schwer erkrankt sind, dass sie beatmet werden müssen. Solange es genug Beatmungsplätze für sie gibt, können sehr viele von ihnen gerettet werden. Erst wenn diese Betten knapp werden, droht eine Situation wie in Italien.

Das DIVI-Register zeigt nun, dass die Lage auf den deutschen Intensivstationen bisher entspannt ist. „Noch sind wir in einem komfortablen Bereich“, sagt Grabenhenrich. Die Zahl der schwer Erkrankten steige längst nicht so steil wie die Zahl der Infizierten und selbst wenn, könne man noch sehr viele Intensivbetten mit einer sehr guten Ausstattung zur Verfügung stellen.“

Schweiz

Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) meldet, dass bisher circa 139,330 Covid19-Tests durchgeführt wurden, davon fiel das Resultat bei 15% positiv aus (PDF). Auch diese Zahl entspricht dem aus anderen Ländern bekannten und für Coronaviren typischen Wert und scheint, soweit ersichtlich, auch in der Schweiz bisher nicht zuzunehmen.

Lediglich die in den Medien oft genannte Anzahl der Tests nimmt exponentiell zu, nicht jedoch die Anzahl der „Infizierten“, Erkrankten oder gar Verstorbenen.

Am 31. März wurde indes eine neue wöchentliche Mortalitätsstatistik publiziert, die in der Schweiz für die 12. Kalenderwoche (bis zum 22. März) erstmals eine erhöhte Gesamtmortalität in der Altersgruppe 65+ prognostiziert (siehe Grafik unten). Konkret soll die Gesamtmortalität um rund 200 Todesfälle *pro Woche* zunehmen.

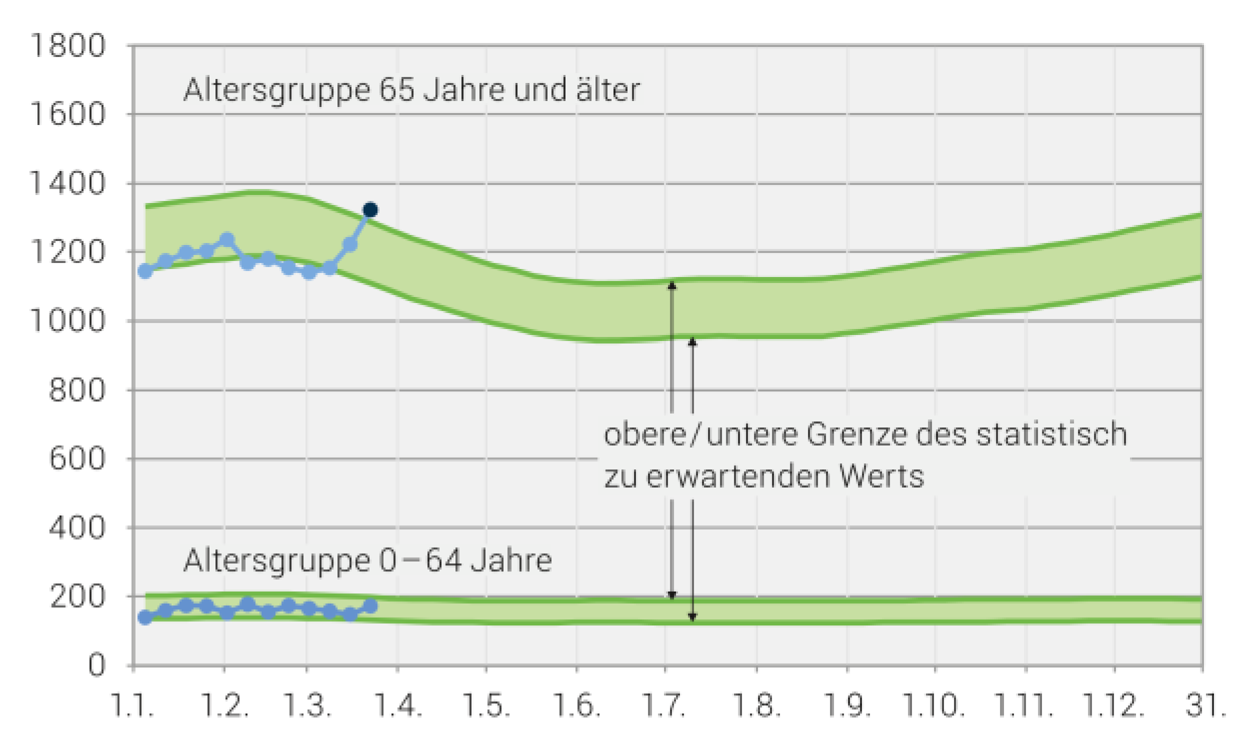
Diese Zunahme sei „Ausdruck der gegenwärtigen Pandemie“. Hier ergibt sich folgendes Problem: Bis zum 22. März gab es in der Schweiz *insgesamt* 106 testpositive Todesfälle. Eine Zunahme um

200 Todesfälle *pro Woche* würde bedeuten, dass ein Großteil der zusätzlichen Sterblichkeit nicht durch das Virus, sondern durch die „Gegenmaßnahmen“ verursacht wird.

Eine andere Erklärung wäre, dass die ca. 200 testpositiven Todesfälle der *Folgewoche* (KW13) bereits eingerechnet wurden. Dies würde bedeuten, dass *alle* testpositiven Todesfälle als *zusätzliche* Todesfälle angenommen werden. Angesichts des Alters- und Krankheitsprofils sowie der inernationalen Erfahrungen wäre dies jedoch eine durchaus zweifelhafte Annahme.

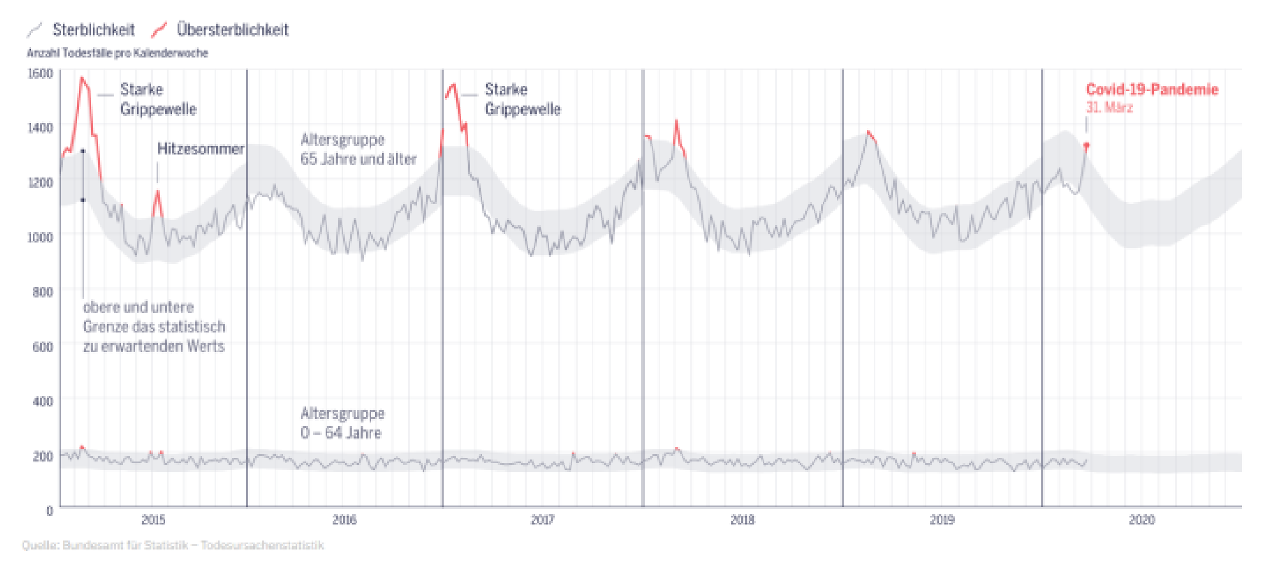
Tatsächlich wird im Bericht denn auch angemerkt: „Diese ersten Schätzungen sind noch sehr unsicher, sodass keine exakten Zahlen publiziert werden können.“

Sollte sich herausstellen, dass ein Großteil der testpositiven Todesfälle (Medianalter: 83 Jahre) *keine* zusätzlichen Todesfälle sind, so wäre die Gesamtmortalität entweder nicht erhöht, oder sie wäre hauptsächlich wegen der drastischen Maßnahmen erhöht, wie von manchen Experten befürchtet.



Wöchentliche Mortalität bis zum 22. März 2020 (BFS, Datenstand 31. März 2020)

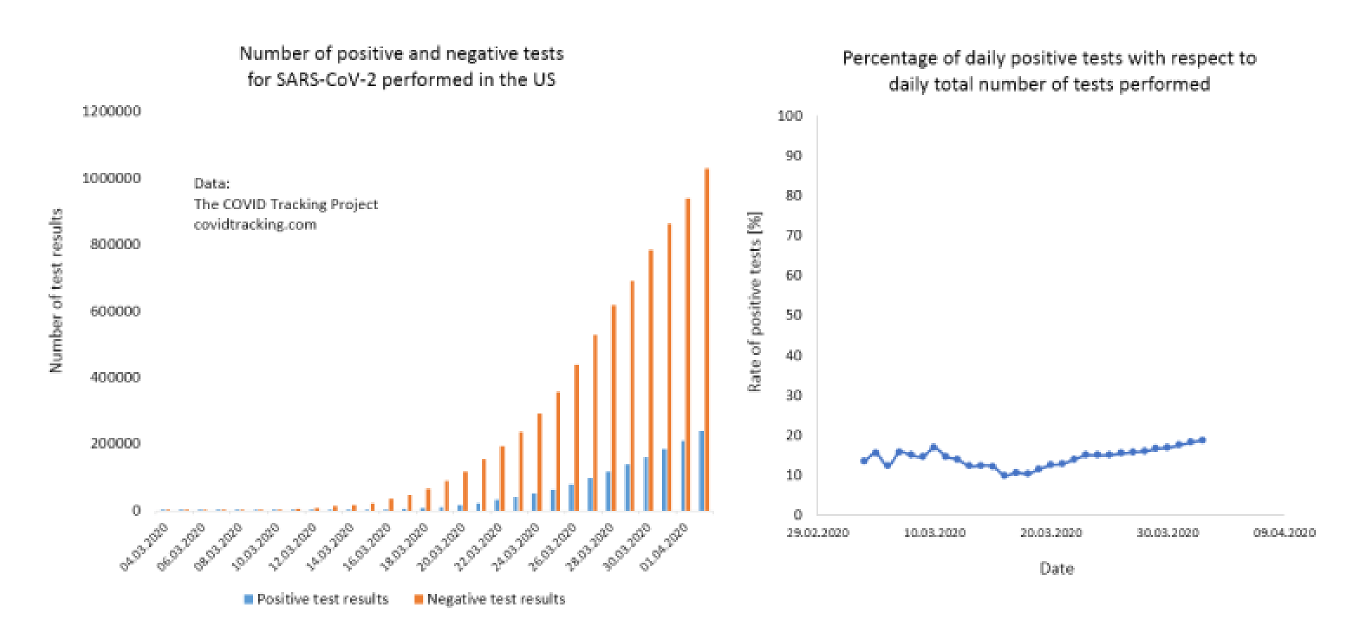
Der Schweizer Tages-Anzeiger hat die aktuelle Gesamtmortalität im Vergleich mit früheren Jahren dargestellt (siehe Grafik unten). Dies illustriert, dass die jetzige Mortalität, selbst falls tatsächlich erhöht, weiterhin unter den stärkeren Grippewintern der vergangenen Jahre liegt.



Wöchtentliche Mortalität im Jahresverlauf. Enddatum ist der 22. März, nicht der 31. März (TA)

USA

Ein Schweizer Biophysiker hat den Umstand visualisiert, dass in den USA (wie im Rest der Welt) nicht die Anzahl der „Infizierten" exponentiell zunimmt, sondern die Anzahl der Tests. Die Anzahl der Testpositiven in Relation zur Anzahl an Tests bleibt konstant oder steigt nur langsam, was im Prinzip *gegen* eine exponentielle virale Epidemie spricht.



Anzahl an positiver und negativer Tests (links) und Anteil an positiven Tests (rechts) (US Daten)

Weiteres

- Für Großbritannien bestimmte Viren-Testkits mussten zurückgerufen werden, da sie bereits Coronaviren-Bestandteile enthielten.
- Die Studie des britischen Imperial College, die hunderttausende zusätzliche Todesfälle prognostizierte, jedoch nie in einer Fachzeitschrift veröffentlicht oder einem Review unterzogen wurde, basierte auf weitgehend unrealistischen Annahmen, wie sich nun zeigte.

- Die BBC fragt, „Werden die Todesfälle durch das Coronavirus verursacht?“, und antwortet: „Es könnte eine Hauptursache sein, ein zusätzlicher Faktor, oder einfach auch noch da.“ So sei ein 18 Jahre alter Mann als „jüngstes Corona-Opfer“ gemeldet worden, da ein Test am Tag vor seinem Tod positiv war. Das Krankenhaus habe später jedoch mitgeteilt, der junge Mann sei an einer schweren Vorerkrankung gestorben.
- Die europäische Gesundheitsbehörde ECDC hat sehr strenge Vorgaben veröffentlicht für den Umgang mit testpositiven oder „vermutlich testpositiven“ Leichnamen. Angesichts der bisher sehr tiefen Mortalitätsraten erscheinen solche Vorgaben aus medizinischer Sicht durchaus fraglich; sie erhöhen jedoch die Belastung für das Gesundheits- und Bestattungswesen signifikant, und sind zugleich sehr medienwirksam.
- Der Bayerische Rundfunk hat einen kritischen Kommentar zum Offenen Brief von Professor Sucharit Bhakdi an Bundeskanzlerin Angela Merkel veröffentlicht.
- In der ARTE-Dokumentation „Profiteure der Angst“ von 2009 wird gezeigt, wie die hauptsächlich privat finanzierte WHO eine milde Grippewelle (die sogenannte „Schweinegrippe“) zu einer globalen Pandemie hochstufte und in der Folge für mehrere Milliarden Dollar teilweise gefährliche Impfstoffe an die Regierungen verkauft wurden. Einige der damaligen Protagonisten sind auch in der heutigen Situation wieder prominent vertreten.
- Der frühere Richter am britischen Supreme Court, Jonathan Sumption, erklärte in einem BBC-Interview zu den britischen Maßnahmen: „So sieht ein Polizeistaat aus.“

2. April, 2020 (II)

- Schon 2018 titelte der britische Guardian: „Pollution and flu bring steep rise in lung-related illnesses„. Shortage of specialists adds to worries that surge in respiratory diseases is putting pressure on A&Es.
- Inzwischen beschweren sich selbst Vertreter von Pflegeheimen über die restriktiven Maßnahmen und die unangebrachte Medienberichterstattung zu Covid19: „Auch vor Corona kam es in Wintermonaten häufig vor, dass in relativ kurzer Zeit viele Heimbewohner starben, ohne dass hier Fernsehteams vor der Tür standen und in Schutzanzüge gehüllte Personen gezeigt werden, die sich heldenhaft der Infektionsgefahr aussetzen.“
- Zahlen aus der norditalienischen Stadt Treviso (bei Venedig) zeigen, dass die Gesamtmortalität in den städtischen Krankenhäusern bis Ende März trotz 108 testpositiven Verstorbenen in etwa gleich blieb wie in den Vorjahren. Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, dass die temporär erhöhte Mortalität an einigen Orten eher mit Drittfaktoren wie Panik und Kollaps zu tun haben dürften, als nur mit dem Coronavirus.
- Professor Martin Haditsch, Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie, übt scharfe Kritik an den Covid19-Maßnahmen. Diese seien „völlig haltlos“ und würden „Augenmaß und ethische Grundsätze“ mit Füßen treten.
- Professor John Oxford von der Queen Mary Universität London, ein weltweit führender Virologe und Influenza-Spezialist, kommt zu folgender Einschätzung bezüglich Covid19: „Persönlich würde ich sagen, dass der beste Ratschlag ist, weniger Zeit mit dem Anschauen von Fernsehnachrichten zu verbringen, die sensationell und nicht sehr gut sind. Ich persönlich halte diesen Covid-Ausbruch für eine schlimme Wintergrippeepidemie. In diesem Fall hatten wir im letzten Jahr 8000 Todesfälle in den Risikogruppen, d.h. über 65% Menschen mit Herzkrankheiten usw. Ich glaube nicht, dass der aktuelle Covid diese Zahl überschreiten wird. Wir leiden unter einer Medienepidemie!“

1. April 2020

Zur Situation in Italien

Italienische Ärzte berichteten, dass sie bereits Ende letztes Jahr schwere Lungenentzündungen in Norditalien beobachteten. Genetische Analysen zeigen nun aber, dass das „Covid19-Virus" offenbar erst im Januar in Italien auftauchte. „Die schweren Lungenentzündungen, die im November und im Dezember in Italien diagnostiziert wurden, müssen also auf einen anderen Erreger zurückzuführen sein", so die NZZ. Dies wirft einmal mehr die Frage auf, welche Rolle das Covid19-Virus in der italienischen Situation tatsächlich spielt, und welche Rolle andere Faktoren spielen.

Am 30. März wurde hier auf die Liste der „während der Corona-Krise" verstorbenen italienischen Ärzte aufmerksam gemacht, von denen viele in Wirklichkeit längst pensioniert und bis 90 Jahre alt waren und mit der Krise nicht direkt zu tun hatten. Heute nun wurden auf der Liste alle Geburtsjahre entfernt (siehe aber die letzte Archiv-Version). Ein seltsamer Vorgang.

Außerdem erreicht uns folgende Mitteilung eines Beobachters aus Italien, der weitere Aspekte zur dramatischen Situation in Italien anführt, die weit über ein Virus hinausreichen dürfte:

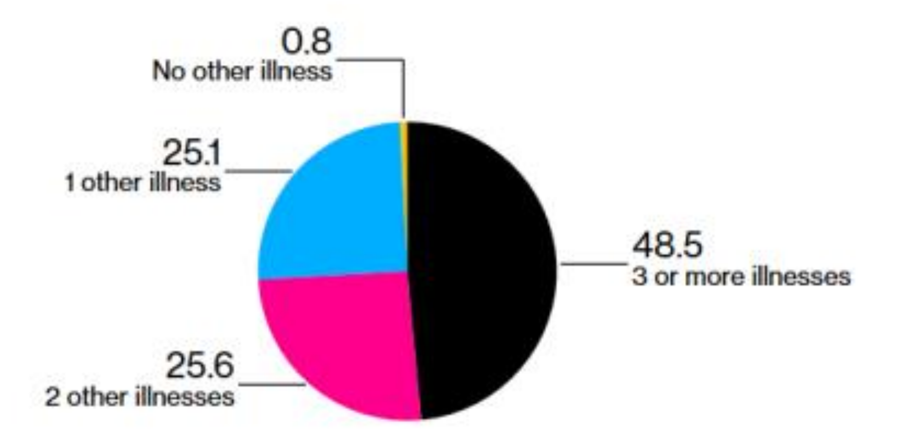
„In den letzten Wochen haben die meisten osteuropäischen Pflegekräfte, die im 24 Stunden Dienst 7 Tage die Woche in der Betreuung von Pflegebedürftigen in Italien arbeiteten, fluchtartig das Land verlassen. Dies nicht zuletzt wegen der Panikmache und den von den „Notstandsregierungen" angedrohten Ausgangssperren und Grenzschließungen. Deshalb wurden alte pflegebedürftige Personen und Behinderte, teilweise ohne Verwandte, von ihren BetreuerInnen hilflos zurückgelassen.

Viele von diesen verlassenen Menschen landeten dann nach einigen Tagen in den seit Jahren permanent überlasteten Krankenhäusern, weil sie unter anderem dehydriert waren. Leider fehlte den Spitälern jetzt auch noch das Personal, welches eingesperrt in den Wohnungen auf die Kinder aufpassen mussten, weil Schulen und Kindergärten geschlossen worden waren. Dies führte dann in der Folge zum vollkommenen Zusammenbruch der Behinderten- und Altenpflege gerade in den Gebieten, wo weitere noch härtere „Maßnahmen" angeordnet wurden und zu chaotischen Verhältnissen.

Der Pflegenotstand, der durch die Panik entstand, führte temporär zu vielen Todesopfern unter den Pflegebedürftigen und zunehmend auch unter jüngeren Patienten der Krankenhäuser. Diese Todesopfer dienten dann den Verantwortlichen und den Medien dazu, die Leute in noch mehr Panik zu versetzen, indem sie zum Beispiel meldeten „weitere 475 Todesopfer", „Die Toten werden von der Armee aus den Krankenhäusern geholt", untermalt mit Bildern von aufgereihten Särgen und Armeelastwagen.

Das war jedoch die Folge der Angst der Bestattungsunternehmer vor dem „Killervirus", die deshalb ihre Dienste verwehrten. Außerdem waren es zum einen zu viele Todesfälle auf einmal und zum anderen wurde von der Regierung ein Gesetz erlassen, dass die Leichen, die den Coronavirus trugen eingeäschert werden mussten. In Italien wurden bis zu diesem Datum nur wenige Feuerbestattungen vollzogen. Deshalb gab es nur wenige kleine Krematorien, die sehr schnell an Ihre Grenzen stießen. Die Verstorbenen mussten deshalb in verschiedenen Kirchen aufgebahrt werden.

Diese Entwicklung lief im Prinzip in allen Ländern gleich ab. Die Qualität des Gesundheitssystems hat jedoch einen erheblichen Einfluss auf die Auswirkungen. Deshalb gibt es in Deutschland, Österreich oder der Schweiz weniger Probleme als in Italien, Spanien oder den USA. Wie man aber in den offiziellen Zahlen sehen kann, gibt es keine nennenswerte Erhöhung der Mortalitätsrate. Nur einen kleiner Berg, der von dieser Tragödie stammt."



Testpositive Todesfälle nach Vorerkrankungen (ISS/Bloomberg)

Kliniken in den USA, Deutschland und der Schweiz

- Der US-Fernsehsender CBS wurde dabei ertappt, wie er Aufnahmen einer italienischen Intensivstation in einem Beitrag zur aktuellen Situation in New York verwendete, ohne dies zu kennzeichnen.
- Das Register der deutschen Intensivstationen zeigt entgegen Medienberichten ebenfalls keine erhöhte Belegung. Bürgerjournalisten berichten von verlassenen Covid19-Aufnahme-zentren. Ein Mitarbeiter einer Münchner Klinik erklärt, dass man „seit Wochen auf die Welle warte", aber es gebe „keine Steigerung der Patientenzahlen". Die Aussagen der Politiker würden sich nicht mit den eigenen Erfahrungen decken, der „Mythos des Killervirus" könne „nicht bestätigt" werden.
- Auch in Schweizer Kliniken ist bisher keine erhöhte Belegung zu erkennen. Ein Besucher des Kantonsspitals Luzern berichtet, dass dort „weniger los ist als in Normalzeiten". Ganze Stockwerke seien für Covid19 gesperrt worden, aber das Personal „warte immer noch auf die Patienten". Auch die Krankenhäuser in Bern, Basel, Zug und Zürich seien „leergefegt". Selbst im Tessin seien die Intensivstationen nicht ausgelastet, dennoch würden nun Patienten in die deutschschweizer Abteilungen verlegt. Rein medizinisch macht dies kaum Sinn.

Weitere medizinische Meldungen

- Der Infektiologe und Direktor des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Dr. Ansgar Lohse, fordert ein rasches Ende der Ausgangssperren und Kontaktverbote. Es müssten sich *mehr* Menschen mit Corona infizieren. Kitas und Schulen sollen möglichst bald wieder geöffnet werden, damit Kinder und ihre Eltern durch eine Ansteckung mit dem Coronavirus immun werden können. Die Fortdauer der strikten Maßnahmen würde zu einer Wirtschaftskrise führen, die ebenfalls Menschenleben kostet, so der Mediziner.
- In Spanien seien 15% der testpositiven Personen Ärzte und Krankenpfleger. Diese bleiben zwar zumeist weitgehend symptomfrei, müssen sich jedoch in Quarantäne begeben, wodurch das spanische Gesundheitssystem zunehmend kollabiert.
- Dr. John Lee, emeritierter Professor für Pathologie, befasst sich im britischen *The Spectator* mit der stark irreführenden Definition und Kommunikation von „Corona-Todesfällen".

- Die neuesten Daten aus Norwegen, ausgewertet von einer promovierten Umwelttoxikologin, zeigen ebenfalls, dass die Rate der Testpositiven nicht – wie bei einer Epidemie zu erwarten wäre – zunehmen, sondern im für Coronaviren normalen Bereich zwischen 2 und 10% pendeln. Das Durchschnittsalter der testpositiven Verstorbenen liegt bei 84 Jahren, die Todesursachen werden nicht öffentlich mitgeteilt, eine Übersterblichkeit besteht nicht.
- Schweden, das bisher ohne radikale Maßnahmen auskommt und keine erhöhte Mortalität meldet (ähnlich wie asiatische Länder wie Japan oder Südkorea), wird von internationalen Medien bemerkenswerterweise unter Druck gesetzt, seine Strategie zu ändern.
- Daten aus dem Bundesstaat New York zeigen, dass die Hospitalisierungsrate von testpositiven Personen über zwanzigmal tiefer liegen könnte als ursprünglich angenommen.
- Ein Beitrag auf dem Fachportal DocCheck thematisiert die Problematik der Beatmung testpositiver Patienten. Bei testpositiven Patienten wird offiziell von einer einfachen Beatmung durch eine Maske abgeraten. Einerseits wird vermutet, diese könnte zu schwach sein; andererseits wird befürchtet, das Coronavirus könnte sich durch Aerosole verbreiten. Deshalb werden testpositive Intensivpatienten oftmals direkt intubiert. Die Intubation habe aber schlechte Erfolgsaussichten und führe oft zu zusätzlichen Schäden in der Lunge (sog. Ventilator-induzierte Lungenschäden). Wie schon bei der Medikation, so stellt sich auch hier die Frage, ob eine schonungsvollere Behandlung der Patienten medizinisch nicht sinnvoller wäre.

Weitere Meldungen

- Ein deutscher Landesminister hat die Bevölkerung dazu aufgerufen, „wachsam zu sein und Verstöße gegen die Regeln zur Eindämmung der Corona-Epidemie der Polizei zu melden." „Eifrig gemeldet" würden etwa „verbotene Grüppchen-Bildung, Kinder auf Spielplätzen oder Feiern". Auch Wanderer im Allgäu wurden bereits angezeigt.
- Deutsche Verfassungsrechtler schlagen wegen „schwerwiegender Grundrechtseingriffe" Alarm. Verfassungsrechtler Hans Michael Heinig warnt, dass sich der „demokratische Rechtsstaat in kürzester Frist in einen faschistoid-hysterischen Hygienestaat" verwandeln könnte. Professor Christoph Möllers von der Berliner Humboldt Universität erklärt, dass das Infektionsschutzgesetz „nicht als Grundlage für so weitreichende Einschränkungen der Freiheitsrechte der Bürger" dienen könne. Laut dem ehemaligen Präsident des deutschen Bundesverfassungsgerichts, Hans Jürgen Papier, rechtfertigen „Notlagenmaßnahmen nicht die Außerkraftsetzung von Freiheitsrechten zugunsten eines Obrigkeits- und Überwachungsstaates".
- In mehreren Ländern wurden Online-Petitionen zur Beendigung der Ausgangssperren und anderer Eingriffe in die Grundrechte gestartet. Zugleich kommt es vermehrt zur Löschung von kritischen Videobeiträgen, selbst von Ärzten. In Berlin wurde eine angemeldete Veranstaltung zu Grundrechten, auf der das deutsche Grundgesetz verteilt wurde, von der Polizei aufgelöst.

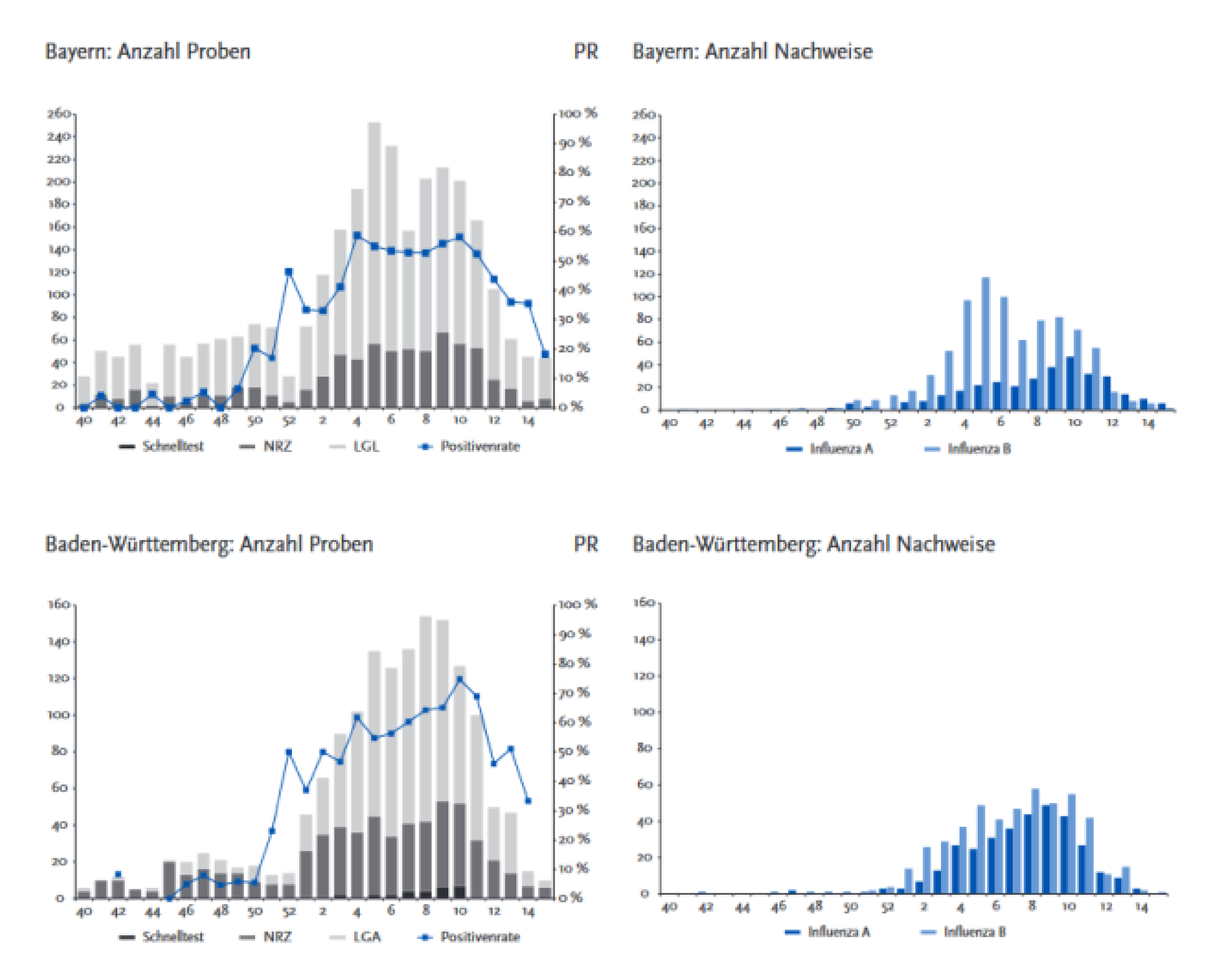
31. März 2020 (I)

Dr. Richard Capek und andere Forscher haben bereits gezeigt, dass die Anzahl der testpositiven Personen im Verhältnis zur Anzahl der durchgeführten Tests in allen untersuchten Ländern konstant bleibt, was *gegen* eine exponentielle Ausbreitung („Epidemie") des Virus spricht und lediglich auf eine exponentielle Zunahme der Tests hindeutet.

Je nach Land liegt der Anteil der testpositiven Personen zwischen circa 5 und 15%, was der üblichen Verbreitung von Coronaviren entspricht. Interessanterweise werden diese *konstanten Zahlenwerte* von Behörden und Medien nicht aktiv kommuniziert (oder sogar entfernt). Stattdessen werden exponentielle, aber irrelevante und irreführende Kurven ohne Kontext gezeigt.

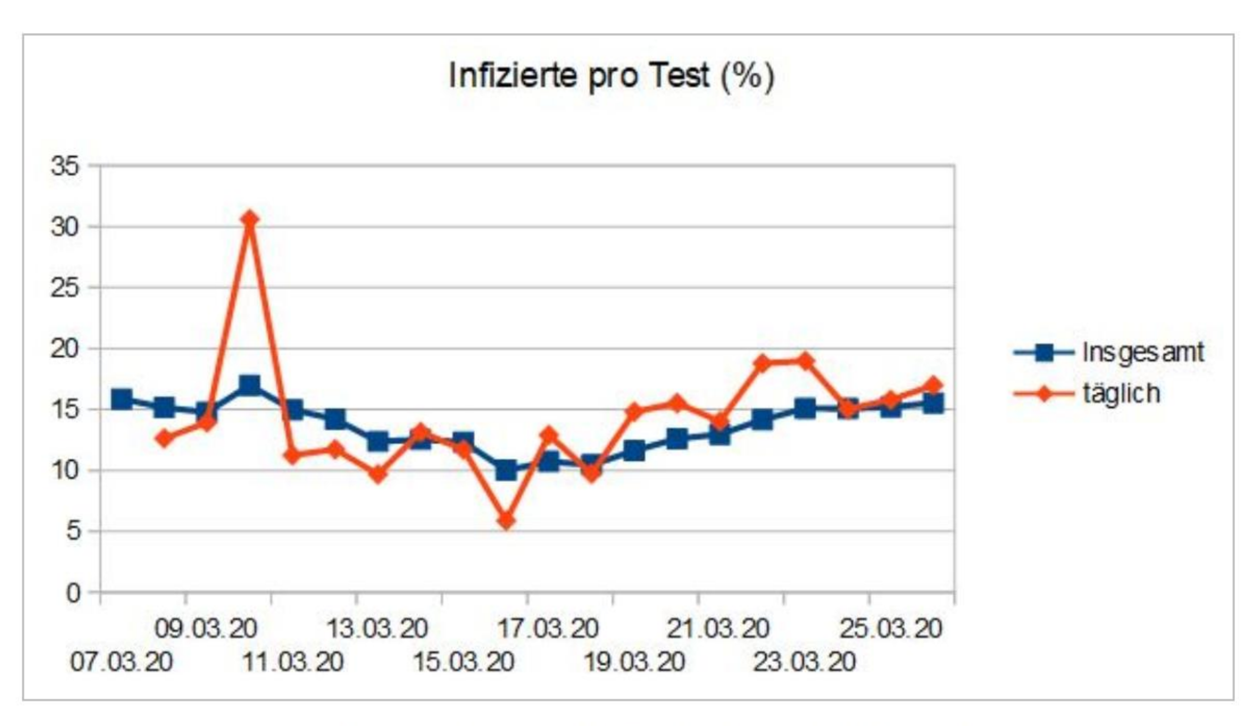
Dies entspricht selbstverständlich nicht den professionellen medizinischen Standards, wie auch ein Blick in den traditionellen Influenza-Bericht des deutschen Robert-Koch-Instituts zeigt (S. 30, siehe Grafik unten). Hier wird neben der Anzahl Nachweise (rechts) auch die *Anzahl Proben* (links, graue Balken) sowie die *Positivenrate* (links, blaue Kurve) ausgewiesen.

Dadurch wird sichbar, dass die Positivenrate während einer Grippesaison von 0 bis 10% auf bis zu 80% der Proben hochschnellt und nach einigen Wochen wieder auf den Normalwert absinkt. Im Vergleich dazu weisen Covid19-Tests eine konstante Positivenrate im Normalbereich aus (s.u.)



Links: Anzahl Proben und Positivenrate; rechts: Anzahl Nachweise (RKI, 2017)

Kontante Covid19-Positivenrate am Beispiel der USA (Dr. Richard Capek). Diese gilt analog für alle übrigen Länder, für die derzeit Daten zur Anzahl der Proben verfügbar ist.



Covid19-Positivenrate (Dr. Richard Capek, US-Daten)

Covid19-Positivenrate (Dr. Richard Capek, US-Daten)

31. März 2020 (II)

- Eine graphische Darstellung der europäischen Monitoringdaten zeigt eindrucksvoll, dass die Gesamtsterblichkeit in ganz Europa, unabhängig von den jeweils getroffenen Maßnahmen, bis zum 25. März im Normalbereich oder darunter liegt, sowie oftmals deutlich unter den Werten der Vorjahre. Einzig in Italien (65+) war die Gesamtsterblichkeit zuletzt erhöht (vermutlich aus mehreren Gründen), lag indes immer noch unter früheren Grippewintern.
- Der Präsident des deutschen Robert-Koch-Instituts bestätigte in einer weiteren Presse-konferenz, dass Vorerkrankungen und wirkliche Todesursache für die Definition von sogenannten „Corona-Todesfällen" keine Rolle spielen (siehe Video unten). Aus medizinischer Sicht ist eine solche Definition klarerweise irreführend. Sie hat den offensichtlichen und allgemein bekannten Effekt, dass Politik und Gesellschaft in Angst versetzt werden.
- In Italien zeichnet sich inzwischen eine Beruhigung der Situation ab. Soweit bisher ersichtlich handelte es sich bei den temporär erhöhten Sterberaten (65+) um sehr lokale Effekte, die oftmals mit einer Maßenpanik und einem Zusammenbruch der Kranken-versorgung einhergingen. Ein norditalienischer Politiker fragt etwa, „wie es kommt, dass Covid-Patienten aus Brescia sogar nach Deutschland transportiert werden, während im nahen Venetien, in Verona, zwei Drittel der Intensivbetten leer stehen".
- Der Stanford-Medizinprofessor John Ioannidis kritisiert in einem Artikel im *European Journal of Clinical Investigation* die „Schäden durch übertriebene Informationen und nicht-evidenzbasierte Maßnahmen." Selbst Fachjournale hätten zu Beginn unseriöse Behauptungen publiziert.
- Eine chinesische Studie, die Anfang März im *Chinese Journal of Epidemiology* veröffentlicht wurde und die Unzuverlässigkeit der Covid-Virentests nachwies (ca. 50% falsch-positive Resultate bei Asymptomatischen), wurde inzwischen wieder zurückgezogen. Der Hauptautor der Studie, immerhin Dekan einer medizinischen Fakultät, wollte den Grund für den Rückzug nicht nennen und sprach von einer „heiklen Angelegenheit". Unabhängig von dieser Studie ist die Fehleranfälligkeit von sog. PCR-Virentests indes seit langem

bekannt: 2003 wurde etwa in einem kanadischen Pflegeheim eine Masseninfektion mit SARS-Coronaviren „nachgewiesen", die sich später als gewöhnliche Erkältungs-Coronaviren herausstellten (die für Risikogruppen auch tödlich sein können).
- Autoren des deutschen *Risk Management Networks RiskNET* sprechen in einer Analyse zu Covid19 von einem „Blindflug" sowie „mangelhafter Datenkompetenz und Datenethik". Statt immer mehr Tests und Maßnahmen sei eine repräsentative Stichprobe erforderlich. Die „Sinnhaftigkeit und Ratio" der getroffenen Maßnahmen müsse kritisch hinterfragt werden.
- Das spanische Interview mit dem international anerkannten, argentinisch-französischen Virologen Pablo Goldschmidt wurde ins Deutsche übersetzt. Goldschmidt hält die getroffenen Maßnahmen für medizinisch kontraproduktiv und merkt an, man müße jetzt „Hannah Arendt lesen", um die „damaligen Ursprünge des Totalitarismus" zu verstehen.
- Der ungarische Premierminister Viktor Orban hat, wie bereits andere Premiers und Präsidenten, im Rahmen eines „Notstandsgesetzes" das ungarische Parlament weitgehend entmachtet und kann nun im Wesentlichen per Dekret regieren.

Weiter zu den Beiträgen vom März 2020 →

Hier ist der Teil mit den Beiträgen aus März 2020 https://swprs.org/fakten-zu-covid-19-archiv-maerz-2020/

Fakten zu Covid-19 (Archiv März 2020)

Zur Hauptseite: Fakten zu Covid-19

30. März 2020 (I)

- In Deutschland können einige Kliniken keine Patienten mehr annehmen – dies jedoch nicht, weil es zuviele Patienten oder zuwenige Betten gäbe, sondern weil das Pflegepersonal positiv getestet wurde, obschon es in den meisten Fällen kaum Symptome zeigt. Hier wird erneut deutlich, wie und warum das Gesundheitssystem paralysiert wird.
- In einem deutschen Alters- und Pflegeheim für stark demenzerkrankte Menschen sind 15 testpositive Menschen verstorben: „Überraschend viele Menschen seien verstorben, **ohne dass sie Symptome von Corona gezeigt hätten.**" Ein deutscher Facharzt schreibt uns dazu: „Aus meiner ärztlichen Sicht spricht einiges dafür, dass einige dieser Menschen möglicherweise an den Folgen der Maßnahmen gestorben sind. Demente Menschen geraten in Hochstress, wenn sich Entscheidendes an ihrem Alltag ändert: Isolation, kein Körperkontakt, evtl. vermummte PflegerInnen." Dennoch werden auch diese Verstorbenen in den deutschen und internationalen Statistiken als "Corona-Tote" gezählt. Im Zusammenhang mit der „Corona-Krise" kann man nun also auch an einer Krankheit sterben, ohne überhaupt deren Symptome zu haben.
- Das Schweizer Inselspital in Bern hat laut einem Pharmakologen wegen der Angst vor Covid19 Personal zwangsbeurlaubt, Therapien gestoppt und OPs verschoben.

- Professor Gérard Krause, Abteilungsleiter Epidemiologie am deutschen Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung, warnt im deutschen ZDF davor, dass die Anti-Corona-Maßnahmen „zu mehr Toten führen könnten als das Virus selbst“.
- Verschiedene Medien berichteten, dass in Italien bereits über 50 Ärzte „während der Corona-Krise“ gestorben seien, wie Soldaten im Krieg. Ein Blick auf die entsprechende Liste zeigt indes, dass es sich bei vielen der Verstorbenen um pensionierte Doktoren verschiedener Fachrichtungen handelte, darunter 90-jährige Psychiater und Kinderärzte, die kaum an der „Corona-Front“ gefallen sein dürften.
- Laut einer umfangreichen Untersuchung in Island zeigten 50% aller testpositiven Personen „keinerlei Symptome“, während die anderen 50% zumeist „sehr moderate, erkältungsähnliche Symptome“ zeigten. Laut den isländischen Daten liegt die Sterblichkeit von Covid19 im Promillebereich, d.h. im Bereich der Grippe oder darunter. Von den zwei testpositiven Verstorbenen sei zudem einer „ein Tourist mit unüblichen Symptomen gewesen“. (Weitere Island-Daten)
- Der britische Journalist Peter Hitchens schreibt, „Es gibt deutliche Evidenz, dass diese große Panik dumm ist. Aber unsere Freiheiten sind noch immer beschränkt und unsere Wirtschaft zerstört.“ Hitchens macht darauf aufmerksam, dass in Teilen Großbritanniens Polizeidrohnen „nicht-essentielle“ Spaziergänge von Menschen in der Natur überwachen und melden. Teilweise werden die Menschen von Polizeidrohnen per Lautsprecher aufgefordert, nach Hause zu gehen, „um Leben zu retten.“ (Anmerkung: Soweit hatte selbst George Orwell noch nicht gedacht.)
- Der italienische Geheimdienst warnt vor sozialen Unruhen und Aufständen. Es würden bereits Supermärkte geplündert und Apotheken überfallen.
- Professor Sucharit Bhakdi hat inzwischen ein Video veröffentlicht (deutsch/englisch), in dem er seinen Offenen Brief an Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel erläutert.

30. März 2020 (II)

In mehreren Ländern mehren sich im Zusammenhang mit Covid19 die Anzeichen, dass „die Behandlung schlimmer als die Erkrankung“ sein könnte.

Dabei geht es einerseits um das Risiko von sogenannten nosokomialen Infektionen, das heißt Infektionen, die sich der womöglich nur leicht erkrankte Patient erst im Krankenhaus zuzieht. Für Europa wird mit 2.5 Millionen nosokomialen Infektionen und 50,000 damit verbundenen Todesfällen *pro Jahr* gerechnet. Selbst auf deutschen Intensivstationen erleiden rund 15% der Patienten eine nosokomiale Infektion, darunter auch Lungenentzündungen bei künstlicher Beatmung. Ein besonderes Problem sind überdies die zunehmend antibiotikaresistenten Keime in Krankenhäusern.

Ein weiterer Aspekt sind die sicherlich gutgemeinten, aber teilweise sehr aggressiven Behandlungs-methoden, die bei Covid19-Erkrankten vermehrt zum Einsatz kommen. Hierzu zählt insbesondere die Verabreichung von Steroiden, Antibiotika und anti-viralen Medikamenten (oder eine Kombination davon). Bereits bei der Behandlung von SARS-1 Patienten zeigte sich, dass das Erebnis *mit* einer solchen Behandlung oft schlechter und tödlicher war, als ohne eine solche Behandlung.

29. März 2020

- Der emeritierte Mainzer Professor für Medizinische Mikrobiologie, Dr. Sucharit Bhakdi, schrieb am Donnerstag, 26. März 2020 einen Offenen Brief an die deutsche Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel, in dem er eine dringende Neubewertung der Reaktion

auf Covid19 fordert und der Kanzlerin fünf entscheidende Fragen stellt. (Englische Übersetzung)

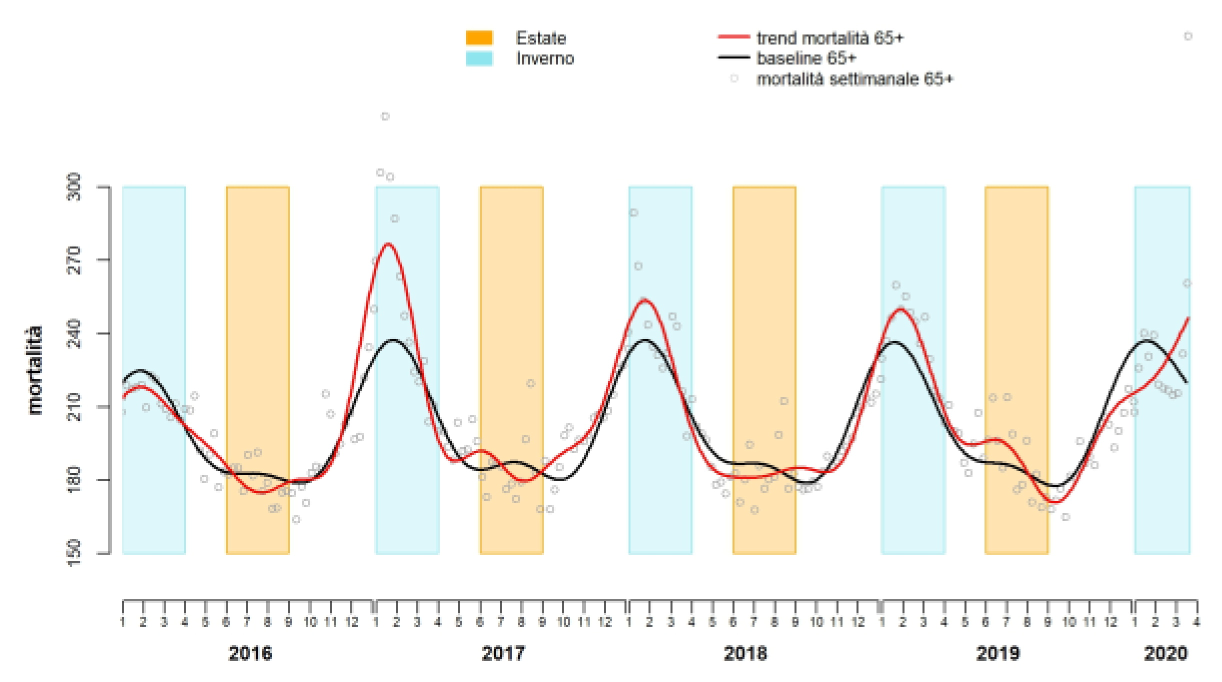
- Die neuesten Daten des Robert-Koch-Instituts zeigen, dass sich die Zunahme der testpositiven Personen proportional zur Zunahme der Anzahl Tests verhält, **d.h. prozentual in etwa gleich bleibt**. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Zunahme der Fallzahlen im Wesentlichen aus einer Zunahme der Anzahl der Tests resultiert, und nicht aus einer laufenden Epidemie.
- Die Mailänder Mikrobiologin Maria Rita Gismondo ruft die italienische Regierung auf, die tägliche Anzahl der „Corona-Positiven" nicht mehr zu kommunizieren, da diese Zahlen „gefälscht" seien und die Bevölkerung in eine unnötige Panik versetzen. Die Anzahl der Testpositiven hänge stark von der Art und Anzahl der Tests ab und sage nichts über den Gesundheitszustand aus.
- Dr. John Ioannidis, Stanford-Professor für Medizin und Epidemiologie, gab ein einstündiges Interview zur fehlenden Datengrundlage bezüglich der Covid19-Maßnahmen.
- Der in Frankreich lebende, argentinische Virologe Pablo Goldschmidt hält die politische Reaktion auf Covid19 für „völlig übertrieben" und warnt vor „totalitären Maßnahmen". In Frankreich werde die Bewegung der Menschen teilweise bereits mit Dronen überwacht.
- Der 1934 geborene, italienische Publizist Fulvio Grimaldi erklärt, dass die derzeit in Italien umgesetzten staatlichen Maßnahmen „schlimmer als im Faschismus" seien. Parlament und Gesellschaft seien vollständig entmachtet worden.

28. März 2020

- Eine neue Studie der Universität Oxford kommt zum Ergebnis, dass Covid19 vermutlich bereits seit Januar 2020 in Großbritannien existierte und inzwischen bereits die Hälfte der Bevölkerung infiziert und somit immunisiert sei, wobei die meisten Menschen keine oder nur sehr milde Symptome erlebten. Dies würde bedeuten, dass nur eine von eintausend Personen wegen Covid19 hospitalisiert werden müsse, ein vergleichsweise tiefer Wert. (Studie)
- Britische Medien berichteten von einer 21 Jahre alten Frau, die ohne Vorerkrankungen an Covid19 gestorben sei. Inzwischen wurde jedoch bekannt, dass die Frau nicht positiv auf Covid19 testete und an einem Herzversagen starb. Das Covid19-Gerücht sei entstanden, „weil sie einen leichten Husten hatte".
- Der deutsche Medienwissenschaftler Professor Otfried Jarren kritisiert, viele Medien würden einen unkritischen Journalismus betreiben, der Bedrohung und exekutive Macht inszeniere. Eine Differenzierung und eine echte Debatte zwischen Experten finde kaum statt.

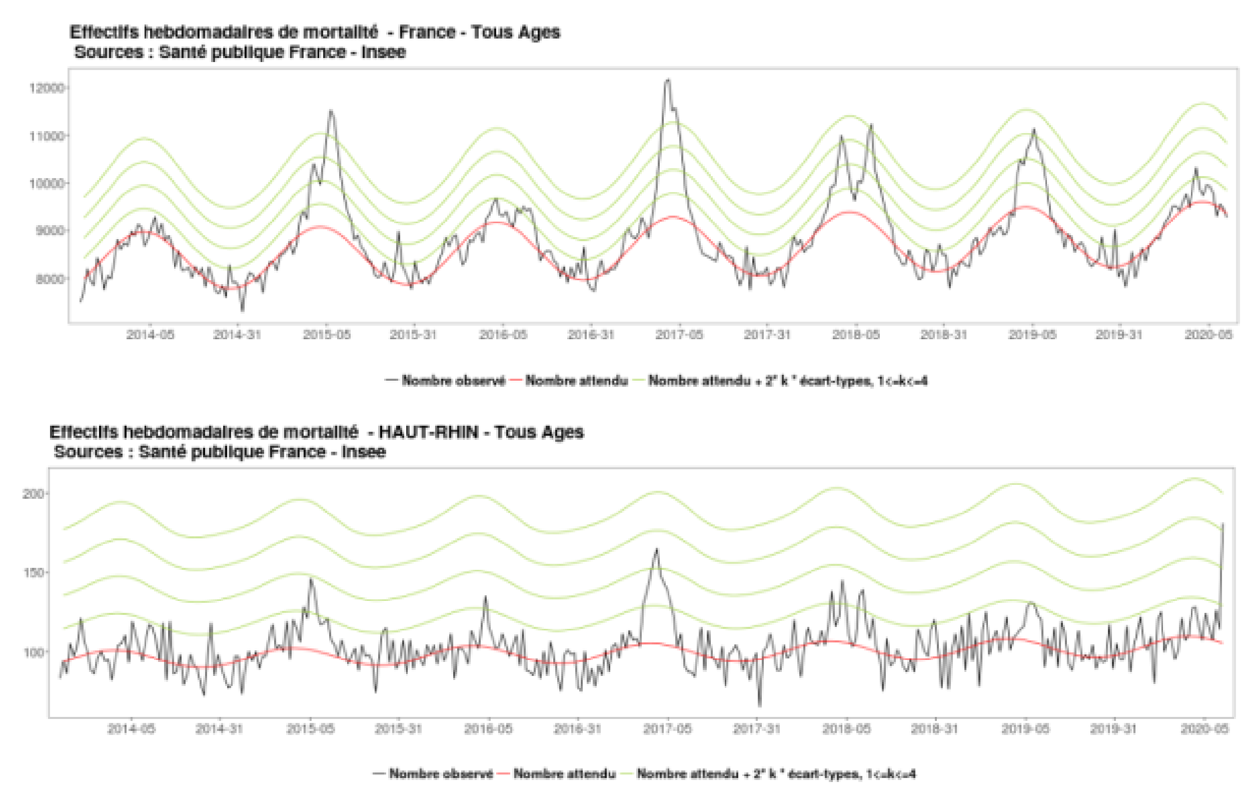
27. März 2020 (I)

Italien: Laut den neusten Daten des italienischen Gesundheitsministeriums vom 14. März ist die Gesamtsterblichkeit nun in allen Altersgruppen über 65 Jahren deutlich erhöht, nachdem sie zuvor aufgrund des milden Winters noch unterdurchschnittlich war. Die Gesamtsterblichkeit lag bis zum 14. März zwar noch unter der Grippesaison von 2016/2017, könnte diese aber inzwischen bereits übertroffen haben. Der Großteil dieser Übersterblichkeit stammt derzeit aus Norditalien. Allerdings ist noch nicht klar, welchen Anteil Covid19 daran hat, und welchen Anteil Faktoren wie Panik, Systemkollaps und der Lockdown selbst haben könnten.



Italien: Gesamtsterblichkeit 65+ Jahre (rote Linie) (MdS / 14. März 2020)

Frankeich: In Frankreich liegt die Gesamtsterblichkeit laut den neusten Daten auf nationaler Ebene nach einer milden Grippesaison weiterhin im Normalbereich. In einzelnen Departementen, insbesondere in Nordostfankreich, hat die Gesamtsterblichkeit in den Altersgruppen über 65 Jahre im Zusammenhang mit Covid19 allerdings bereits stark zugenommen (siehe Abbildung).

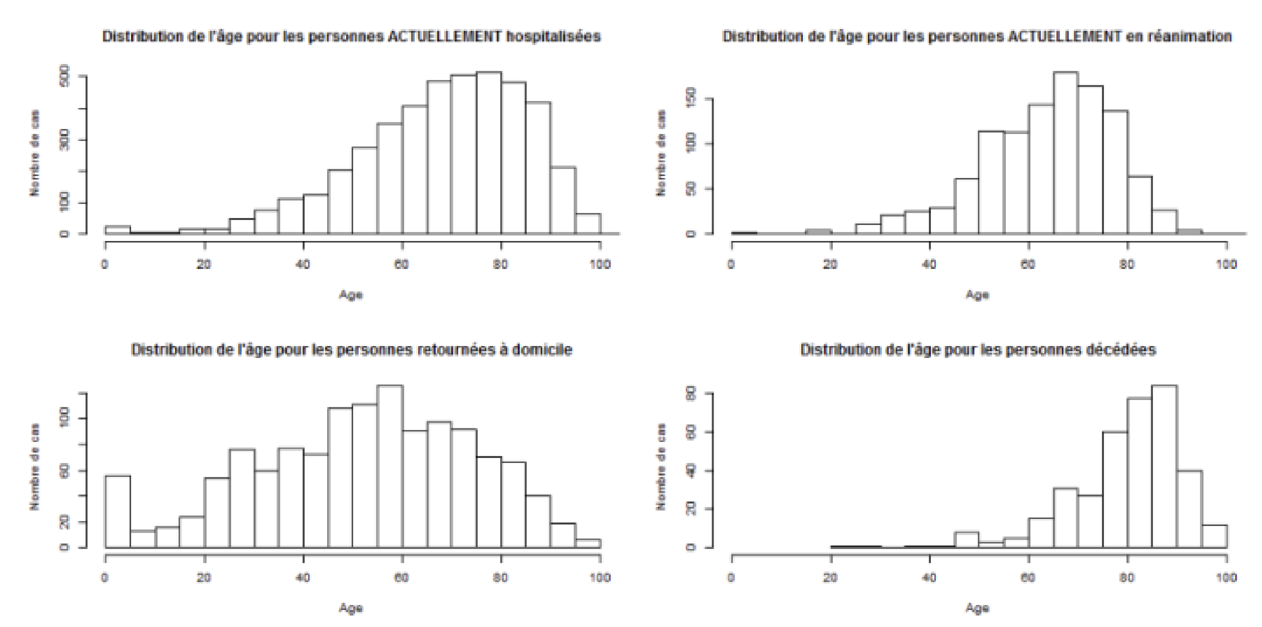


Frankreich: Gesamtsterblichkeit auf nationaler Ebene (oben) und im stark betroffenen Departement Haut-Rhin (SPF / 15. März 2020)

Frankreich liefert zudem detaillierte Angaben zu Altersverteilung und Vorerkrankungen der testpositiven Intensivpatienten und Verstorbenen (siehe Abbildung unten):

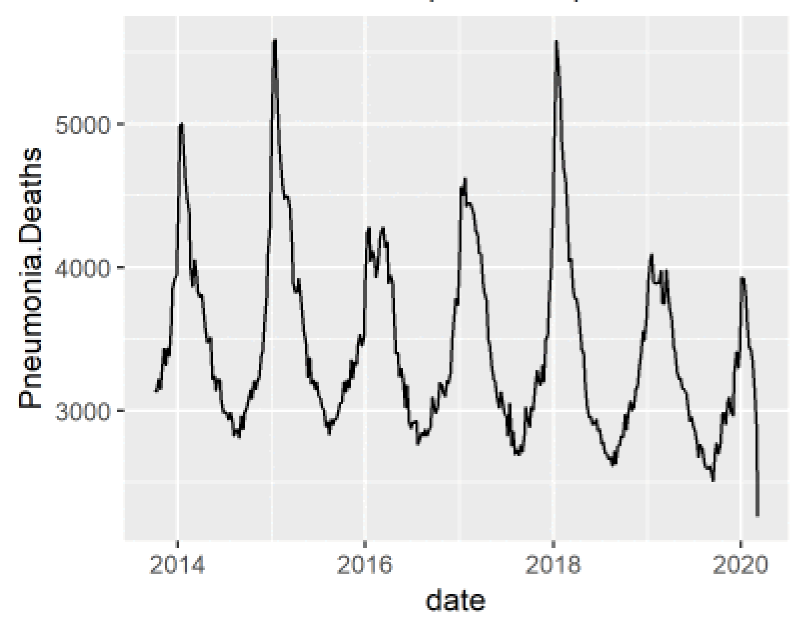
- Das Durchschnittsalter der **Verstorbenen** liegt bei 81,2 Jahren.
- 78% der Verstorbenen waren über 75 Jahre alt; 93% waren über 65 Jahren alt.
- 2,4% der Verstorbenen war unter 65 Jahre alt und hatte keine (bekannte) Vorerkrankung.
- Das Durchschnittsalter der **Intensivpatienten** liegt bei 65 Jahren.
- 26% der Intensivpatienten sind über 75 Jahre alt; 67% haben Vorerkrankungen.
- 17% der Intensivpatienten sind unter 65 Jahre alt und haben keine Vorerkrankungen.

Die französischen Behörden ergänzen, dass „der Anteil der (Covid-19) Epidemie an der Gesamtmortalität noch zu bestimmen bleibt."



Altersverteilung der hospitalisierten Patienten (o.l.), der Intensivpatienten (o.r.), der Patienten bei sich zuhause (u.l.), und der Verstorbenen (u.r.). Quelle: SPF / 24. März 2020

USA: Ein kanadischer Forscher hat die offiziellen Daten zu Todesfällen durch Lungenent-zündungen in den USA ausgewertet. Diese liegen typischerweise zwischen 3000 und 5500 Todesfälle *pro Woche* und damit deutlich über den aktuellen Zahlen zu Covid19. Die Todesfälle insgesamt liegen in den USA bei 50,000 bis 60,000 pro Woche. (Hinweis: In der Graphik unten sind die neusten Zahlen für März 2020 noch nicht vollständig nachgeführt, deshalb sackt die Kurve ab.)



USA: Todesfälle durch Lungenentzündungen pro Woche (CDC/McIntyre)

Großbritannien:

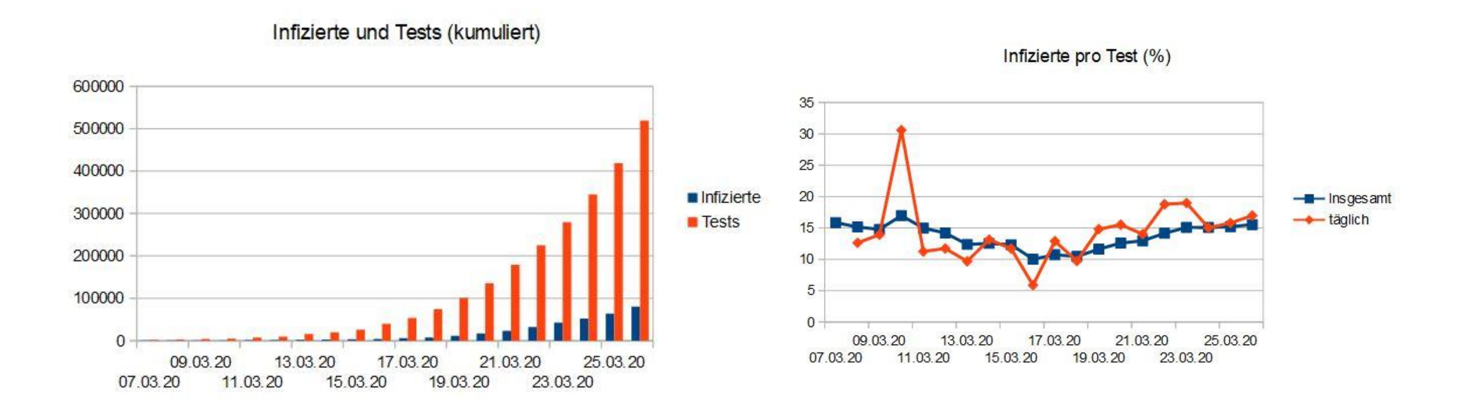
- Neil Ferguson vom Imperial College London geht inzwischen davon aus, dass Großbritannien zur Behandlung von Covid19-Patienten über genügend Kapazitäten auf Intensivstationen verfügt.
- Der emeritierte Professor für Pathologie, John Lee, argumentiert, dass die besondere Art der Registrierung von Covid-19 Fällen im Vergleich zu normalen Grippe- und Erkältungsfällen zu einer Überschätzung des Risikos durch Covid19 führe.

Weiteres:

- Eine vorläufige Untersuchung von Forschern der Universität Stanford zeigte, dass 20 bis 25% der Covid19-positiven Patienten zusätzlich positiv auf anderen Grippe- oder Erkältungsviren testeten.
- Die Anzahl der Anträge an die Arbeitslosenversicherung schnellte in den USA auf einen Rekordwert von über drei Millionen hoch. In diesem Zusammenhang wird auch mit einer starken Zunahme an Suiziden gerechnet.
- Der erste testpositive Patient in Deutschland ist inzwischen genesen. Der 33-jährige Mann hatte die Erkrankung laut eigenen Angaben „nicht so schlimm wie die Grippe“ erlebt.
- Spanische Medien berichten, dass die Antikörper-Schnelltests für Covid19 nur eine Sensitivität von 30% aufweisen, obschon sie mindestens 80% betragen sollte.
- Eine Untersuchung aus China kam 2003 zum Schluss, dass die Wahrscheinlichkeit, an SARS zu sterben, bei Personen, welche einer moderaten Luftverschmutzung ausgesetzt sind, 84% höher liegt als bei Patienten aus Regionen mit sauberer Luft. Gar ein 200% höheres Risiko tragen Menschen aus Gebieten mit stark verschmutzter Luft.
- Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (EbM) kritisiert die Medienarbeit zu Covid19: „Die mediale Berichterstattung berücksichtigt in keiner Weise die von uns geforderten Kriterien einer evidenzbasierten Risikokommunikation. () Die Darstellung von Rohdaten ohne Bezug zu anderen Todesursachen führt zur Überschätzung des Risikos.“

27. März 2020 (II)

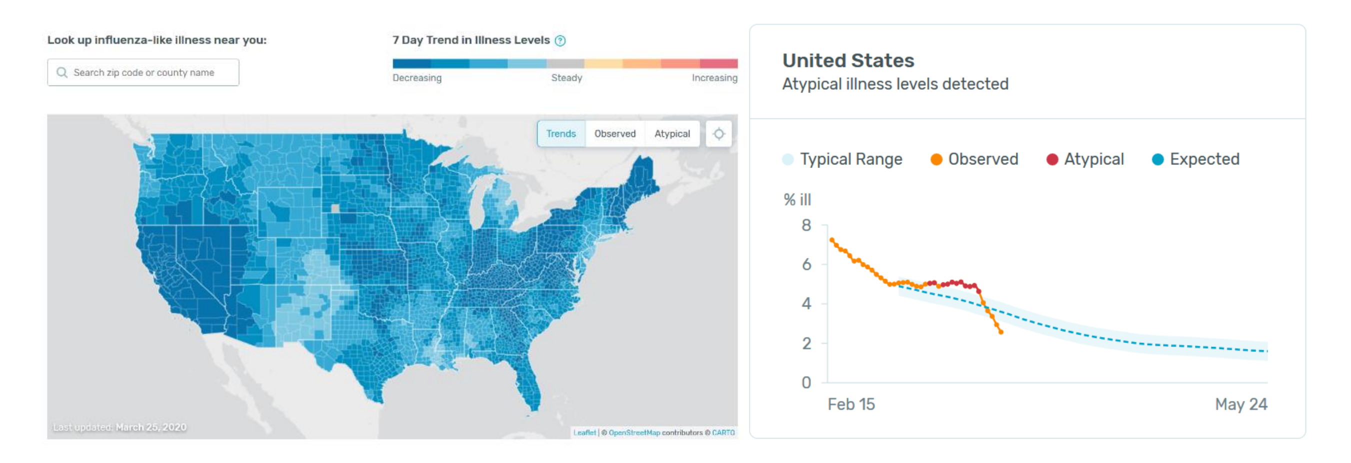
- Der deutsche Forscher Dr. Richard Capek argumentiert in einer quantitativen Analyse, dass die „Corona-Epidemie“ in Wirklichkeit eine „Epidemie der Tests“ sei. Capek zeigt, dass die Zahl der Tests exponentiell zugenommen hat, der Prozentsatz der Infizierten jedoch stabil geblieben und die Sterblichkeit zurückgegangen ist, was *gegen* eine exponentielle Ausbreitung des Virus selbst spreche.
- Virologie-Professor Dr. Carsten Scheller von der Universität Würzburg erklärt in einem Podcast, dass Covid19 durchaus mit der Influenza vergleichbar sei und bisher sogar zu weniger Todesfällen geführt habe. Professor Scheller vermutet, dass die in den Medien oft dargestellten Exponentialkurven eher mit der *zunehmenden Anzahl an Tests* zu tun habe als mit einer ungewöhnlichen Ausbreitung des Virus selbst. Als Vorbild für Länder wie Deutschland diene weniger Italien als etwa Japan und Südkorea. Diese haben trotz Millionen chinesischer Touristen und nur minimaler gesellschaftlicher Einschränkungen bisher keine Covid19-Krise erlebt. Ein Grund dafür könne das Tragen von Mundmasken sein: Diese würde zwar kaum vor einer Infektion schützen, jedoch die Verbreitung des Virus durch erkrankte Personen einschränken.
- Die neusten Zahl aus Bergamo (Stadt) zeigen, dass die Gesamtsterblichkeit im März 2020 von typischerweise ca. 150 Personen pro Monat auf rund 450 Personen zunahm. Dabei ist noch unklar, welchen Anteil daran Covid19 hatte, und welchen Anteil andere Faktoren wie Massenpanik, Systemkollaps und Lockdown ausmachten. Offenbar wurde das städtische Krankenhaus von Personen aus der ganzen Region überrannt und kollabierte.
- Die beiden Stanford-Medizinprofessoren, Dr. Eran Bendavid und Dr. Jay Bhattacharya, erklären in einem Beitrag, dass die Tödlichkeit von Covid19 *um mehrere Größenordnungen überschätzt* werde und vermutlich selbst in Italien nur bei 0,01% bis 0,06% und damit unter jener der Influenza liege. Der Grund für die Überschätzung liege in der stark unterschätzten Anzahl der bereits (symptomlos) Infizierten. Als Beispiel wird etwa die vollständig ausgetestete italienische Gemeinde Vo genannt, die 50 bis 75% symptomlose testpositive Personen ergab.
- Dr. Gerald Gaß, der Präsident der deutschen Krankenhausgesellschaft, erklärte in einem Interview mit dem Handelsblatt, dass „die extreme Situation in Italien vor allem an den sehr geringen Intensivkapazitäten“ liege.
- Dr. Wolfgang Wodarg, einer der frühen Kritiker der Covid19-Darstellung, wurde vom Vorstand von *Transparency Deutschland* vorläufig ausgeschlossen, wo er die Arbeitsgruppe Gesundheit leitete. Wodarg wurde für seine Kritik bereits zuvor von Medien heftig angegriffen.
- Der NSA-Whistleblower Edward Snowden warnt, dass Regierungen die aktuelle Situation nutzen, um den Überwachungsstaat auszubauen und die Grundrechte einzuschränken. Die derzeit eingeführten Kontrollmaßnahmen würden nach der Krise nicht mehr abgebaut.



Die exponentielle Zunahme an Tests findet eine *proportionale* Zunahme an Testpositiven, der Anteil bleibt *konstant*, was *gegen* eine virale Epidemie spricht. (Dr. Richard Capek, US-Daten)

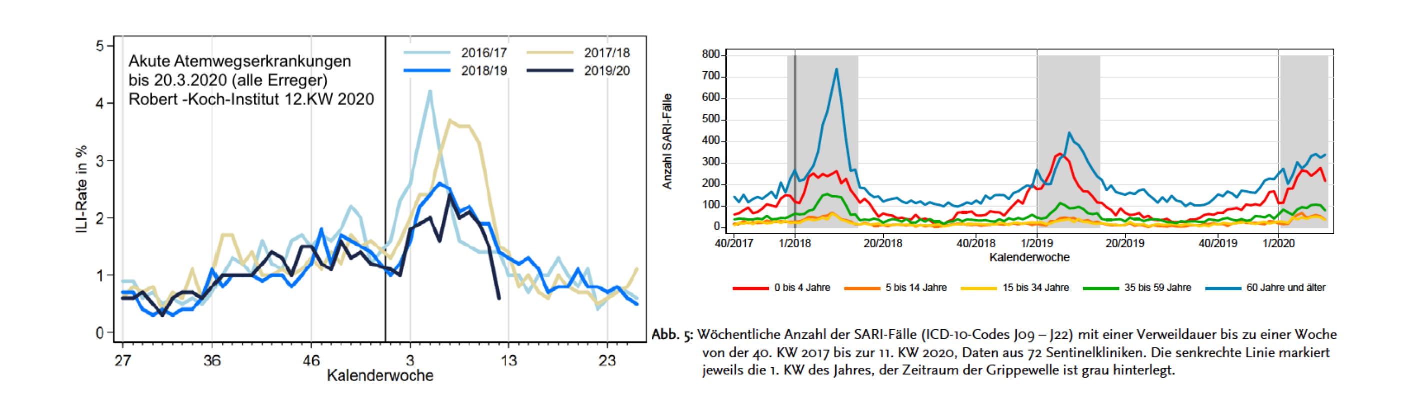
26. März 2020 (I)

- **USA**: Die neusten Daten aus den USA vom 25. März zeigen im ganzen Land eine *abnehmende Anzahl* an grippeähnlichen Erkankungen, deren Häufigkeit inzwischen sogar deutlich *unter* dem mehrjährigen Durchschnitt liegt. Die Regierungsmaßnahmen können als Grund hierfür ausgeschlossen werden, da sie noch keine Woche in Kraft sind.



USA: Abnehmende grippeähnliche Erkrankungen (25. März 2020, KINSA)

- **Deutschland**: Der neuste Influenza-Bericht des deutschen Robert-Koch-Instituts vom 24. März dokumentiert eine „bundesweite sinkende Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen": Die Anzahl der grippeähnlichen Erkrankungen und dadurch bedingter Krankenhausaufenthalte liege *unter dem Wert der Vorjahre* und sei derzeit weiter *rückläufig*. Das RKI weiter: „Die Erhöhung der Zahl der Arztbesuche () lässt sich zurzeit weder durch in der Bevölkerung zirkulierende Influenzaviren noch durch SARS-CoV-2 erklären."



Deutschland: Abnehmende grippeähnliche Erkrankungen (20. März 2020, RKI)

- **Italien**: Der renommierte italienische Virologe Giulio Tarro argumentiert, dass die Mortalität von Covid19 auch in Italien *bei unter 1% liege* und damit vergleichbar mit der Grippe sei. Die höheren Werte ergeben sich nur, weil nicht zwischen Todesfällen mit und durch Covid19 unterschieden werde, und weil die Anzahl der (symptomfreien) Infizierten stark unterschätzt werde.

- **UK**: Die Autoren der britischen Imperial College Studie, die bis zu 500,000 Todesfälle vorhersagten, reduzieren ihre Prognosen erneut. Nachdem sie bereits einräumten, dass ein Großteil der testpositiven Todesfälle Teil der normalen Sterblichkeit sind, erklären sie nun, dass die Spitze der Krankheitsfälle bereits in zwei bis drei Wochen erreicht sei.
- **UK**: Der britische Guardian berichtete im Februar 2019, dass es bereits in der eigentlich schwachen Grippesaison 2018/2019 in Großbritannien zu über 2180 grippebedingter Einweisungen auf Intensivstationen kam.
- **Schweiz**: In der Schweiz liegt die Übersterblichkeit durch Covid19 bisher offenbar immer noch bei null. Als neustes „Todesopfer" wird von den Medien eine 100 Jahre alte Frau präsentiert. Dennoch verschärft die Schweizer Regierung die restriktiven Maßnahmen weiter.

26. März 2020 (II)

- **Schweden**: Schweden verfolgt bisher die liberalste Strategie im Umgang mit Covid19, die auf zwei Prinzipien beruht: Risikogruppen werden geschützt und Personen mit Grippesymptomen bleiben zuhause. „Wenn man diese beiden Regeln befolgt, braucht man keine weiteren Maßnahmen, deren Effekt sowieso nur sehr marginal ist", erklärte Chefepidemiologe Anders Tegnell. Das gesellschaftliche und ökonomische Leben gehe normal weiter. Der große Ansturm auf die Krankenhäuser sei bisher ausgeblieben.
- Die deutsche Straf- und Verfassungsrechtlerin Dr. Jessica Hamed argumentiert, dass Maßnahmen wie allgemeine Ausgangssperren und Kontaktverbote ein massiver und unverhältnismäßiger Eingriff in die Freiheitsgrundrechte und damit vermutlich „allesamt rechtswidrig" seien.
- Der neuste europäische Monitoringbericht zur Gesamtsterblichkeit vom 26. März zeigt weiterhin in allen Ländern und allen Altersgruppen normale oder unterdurschnittliche Werte, nun aber mit einer Ausnahme: Bei der Altersgruppe 65+ in Italien wird eine aktuell erhöhte Gesamtsterblichkeit prognostiziert (sog. delay-adjusted z-score), die allerdings noch unter den Werten der Grippewellen von 2016/2017 und 2017/2018 liegt.

25. März 2020

- Der deutsche Immunologe und Toxikologe Professor Stefan Hockertz erklärt in einem Interview, dass Covid19 nicht gefährlicher sei als die Influenza (Grippe), sondern nur viel genauer beobachtet werde. Gefährlicher als das Virus sei die Angst und Panik, die durch die Medien ausgelöst wurden, sowie die „autoritäre Reaktion" vieler Regierungen. Professor Hockertz betont zudem, dass viele der angeblichen „Corona-Toten" in Wirklichkeit an anderen Erkrankungen starben und zusätzlich positiv auf Coronaviren getestet wurden. Hockertz vermutet, dass bis zu zehnmal mehr Personen als berichtet Covid19 bereits hatten, davon indes kaum etwas merkten.
- Der argentinische Virologe und Biochemiker Pablo Goldschmidt erklärt, dass Covid19 nicht gefährlicher sei als eine starke Erkältung oder die Grippe. Es sei sogar möglich, dass der Covid19-Erreger bereits in früheren Jahren zirkulierte, aber noch nicht entdeckt wurde, da man nicht nach ihm suchte. Dr. Goldschmidt spricht von einem „globalen Terror", der durch Medien und Politik erzeugt worden sei. Jedes Jahr würden weltweit drei Millionen Neugeborene und 50,000 Erwachsene allein in den USA an einer Lungenentzündung sterben.
- Professor Martin Exner, Leiter des Instituts für Hygiene an der Universität Bonn, erklärt in einem Interview mit dem Sender phoenix, warum das Gesundheitspersonal derzeit unter Druck steht, obschon es in Deutschland bisher kaum erhöhte Patientenzahlen gibt: Einerseits müssen positiv-getestete Ärzte und Pfleger in Quarantäne und sind oft kaum zu ersetzen,

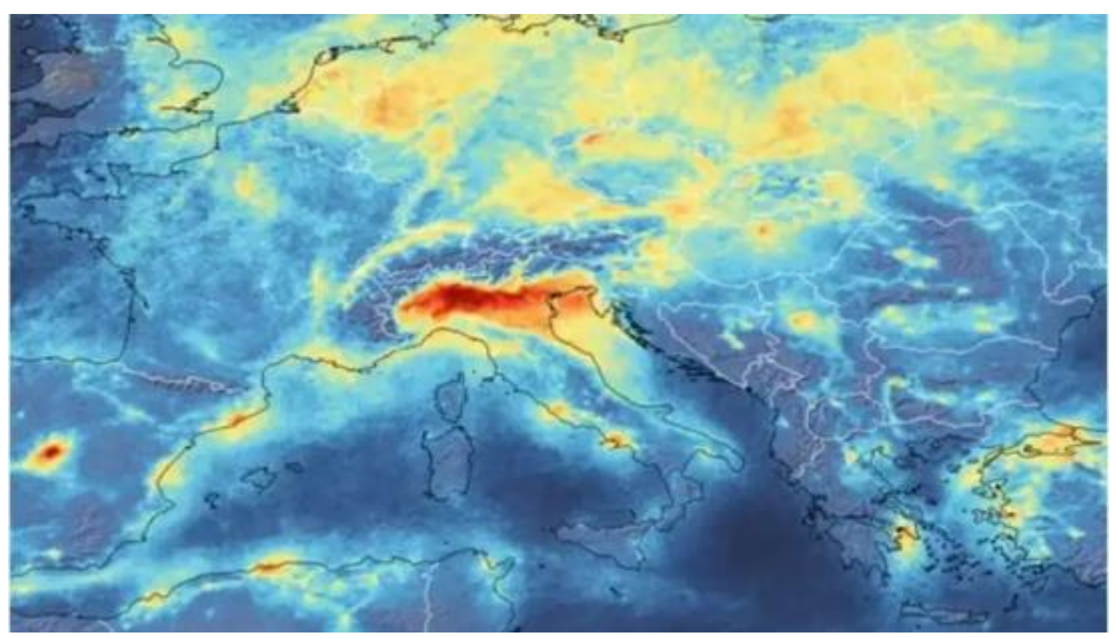
andererseits können Pfleger aus Nachbarländern, die einen wichtigen Teil der Versorgung übernehmen, derzeit aufgrund der Grenzschließungen nicht einreisen.
- Professor Julian Nida-Rümelin, ehemaliger deutscher Kulturstaatsminister und Professor für Ethik, weist daraufhin, dass Covid19 für die gesunde Allgemeinbevölkerung kein Risiko darstelle und extreme Maßnahmen wie Ausgangssperren daher nicht zu rechtfertigen seien.
- Stanford-Professor John Ioannidis zeigte anhand der Daten des Kreuzfahrtschiffes *Diamond Princess*, dass die alterskorrigierte Letalität von Covid19 bei 0.025% bis 0.625% liegt, das heißt im Bereich einer starken Erkältung oder einer Grippe. Eine japanische Studie zeigt zudem, dass von allen positiv-getesteten Passagieren trotz des hohen Durchschnittsalters 48% *vollständig symptomfrei* blieben; selbst bei den 80-89 Jährigen blieben 48% symptomfrei, bei den 70 bis 79 Jährigen waren es sogar 60% die keine Symptome zeigten. Hier stellt sich somit erneut die Frage, ob nicht die *Vorerkrankungen* als Faktor entscheidender sind als das Virus selbst. Der Fall Italiens zeigt, dass 99% der testpositiven Verstorbenen eine oder mehrere Vorerkrankungen hatten, und selbst bei diesen nannten nur 12% der Totenscheine Covid19 als kausalen Faktor.

24. März 2020

- Der Präsident des deutschen Robert-Koch-Instituts bestätigte, dass das RKI alle testpositiven Todesfälle, *unabhängig von der wirklichen Todesursache,* als »Corona-Todesfälle« erfasse. Das Durchschnittsalter der Todesfälle liege bei 82 Jahren, die meisten mit Vorerkrankungen. Die Übersterblichkeit durch Covid19 dürfte somit auch in Deutschland nahe bei null liegen.
- Die Betten in den Deutschschweizer Intensivstationen seien »noch weitgehend leer«.
- Professor Karin Mölling, ehemalige Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie an der Universität Zürich: Kein Killervirus, Panikmache beenden.
- Großbritannien hat Covid19 von der Liste der gefährlichen Infektionskrankheiten entfernt, da die Mortalitätsrate »insgesamt tief« liege.

23. März 2020 (I)

- Eine neue französische Studie mit dem Titel SARS-CoV-2: Angst versus Daten kommt zum Ergebnis, dass „das Problem durch SARS-CoV-2 vermutlich überschätzt wird“, da sich „die Mortalität von SARS-CoV-2 nicht wesentlich unterscheidet von gewöhnlichen Coronaviren (Erkältungsviren), die in einem Krankenhaus in Frankreich untersucht wurden.“
- Eine italienische Studie vom August 2019 fand, dass es in Italien in den letzten Jahren zwischen 7000 und 25,000 Grippetote pro Jahr gegeben habe. Dieser Wert sei höher als in anderen europäischen Ländern aufgrund der älteren Bevölkerung Italiens, und er ist sehr viel höher als alles, was bisher mit Covid-19 in Verbindung gebracht wurde.
- In einem neuen Faktenblatt schreibt die WHO, dass sich Covid-19 nach bisherigen Erkenntnissen *langsamer* als die Influenza verbreite (um circa 50%), und dass die vorsymptomatische Übertragung von Covid-19 wesentlich tiefer liege als bei der Influenza.
- Ein italienischer Chefarzt berichtet von „seltsamen Fällen von Lungenentzündungen“ in der Lombardei bereits im November 2019. Dies wirft erneut die Frage auf, ob dafür das neue Virus verantwortlich ist (das offiziell erst im Februar 2020 in Italien auftrat), oder andere Faktoren, wie etwa die starke Luftverschmutzung in Norditalien.
- Der dänische Forscher Peter Gøtzsche, Gründer der renommierten Cochrane Collaboration, schreibt dass Corona eine „Epidemie der Panik“ sei und „Logik eines der ersten Opfer“ war.


Luftverschmutzung (NO_2) in Norditalien im Februar 2020 (ESA)

23. März 2020 (II)

- Laut dem früheren israelischen Gesundheitsminister, Professor Yoram Lass, ist das neue Coronavirus weniger gefährlich als die Grippe und die Ausgangssperren würden mehr Menschen töten als das Virus. „Die Zahlen begründen keine Panik“, so Lass. Es sei bekannt, dass „Italien eine enorme Morbidität durch Atemwegserkrankungen habe, die mehr als drei Mal so hoch sei wie im restlichen Europa.“
- Laut Pietro Vernazza, ein Schweizer Spezialist für Infektionskrankheiten, sind die verfügten Maßnahmen nicht wissenschaftlich begründet und müssen neu überdacht werden. Laut Vernazza machen Massentests keinen Sinn, da bis zu 90% der Bevölkerung symptomlos bleiben werde, während Ausgangssperren und Schulschließungen sogar „kontraproduktiv“ seien. Vernazza empfiehlt, nur die Risikogruppen zu schützen und Einschränkungen rückgängig zu machen.
- Der Präsident der Internationalen Ärzte-Gesellschaft, Frank Ulrich Montgomery, hält Ausgangssperren wie in Italien ebenfalls für „unvernünftig“ und „kontraproduktiv“.
- Schweiz: Trotz medialer Aufregung liegt die Übersterblichkeit weiterhin bei oder nahe bei null: Die letzten beiden testpositiven „Todesopfer“ waren ein 96jähriger in Palliativ-behandlung und ein 97jähriger mit mehreren Vorerkrankungen.
- Der neuste statistische Bericht des ISS zu Italien ist nun auch auf Englisch verfügbar.

22. März 2020 (I)

Bezüglich der Situation in Italien: Die meisten Medien berichten inkorrekt, dass Italien bis zu 800 Todesfälle pro Tag *durch das Coronavirus* habe. In Wirklichkeit betont der Präsident des italienischen Zivilschutzes, dass es sich um Todesfälle „*mit dem* Coronavirus und *nicht durch das* Coronavirus“ handelt (Minute 03:30 der Pressekonferenz). Mit anderen Worten, diese Personen starben, während sie zusätzlich positiv getestet wurden.

Wie die beiden Professoren Ioannidis und Bhakdi aufzeigten, haben Länder wie Südkorea und Japan, *die keine Sperrmaßnahmen eingeführt haben*, im Zusammenhang mit Covid-19 eine Übersterblichkeit von fast null erlebt, während das Kreuzfahrtschiff Diamond Princess eine hochgerechnete Sterblichkeitszahl *im Promillebereich* hatte, d.h. auf oder unter dem Niveau der saisonalen Grippe oder einer starken Erkältung.

Die aktuellen testpositiven Sterbezahlen in Italien liegen immer noch unter 50% der normalen täglichen Gesamtsterblichkeit in Italien, die bei etwa 1800 Todesfällen pro Tag liegt. Daher ist es möglich, vielleicht sogar wahrscheinlich, dass ein großer Teil der *normalen* täglichen Mortalität jetzt einfach als „Covid19"-Todesfälle gezählt wird (da sie positiv getestet werden). Dies ist der Punkt, den der Präsident des italienischen Zivilschutzes betont hat.

Inzwischen ist jedoch bekannt, dass bestimmte Regionen in Norditalien, d.h. diejenigen, die mit den härtesten Sperrmaßnahmen konfrontiert sind, deutlich erhöhte Tagessterblichkeitszahlen aufweisen. Es ist auch bekannt, dass in der Region Lombardei 90% der testpositiven Todesfälle *nicht* auf der Intensivstation, sondern meist zu Hause auftreten. Und mehr als 99% dieser Todesfälle haben schwere gesundheitliche Vorerkrankungen (z.B. Herzprobleme, Atemprobleme, Krebs).

Professor Sucharit Bhakdi hat die Sperrmaßnahmen als „nutzlos", „selbstzerstörerisch" und als „kollektiven Selbstmord" bezeichnet. Daher stellt sich die äußerst beunruhigende Frage, inwieweit die erhöhte Sterblichkeit dieser älteren, isolierten, stark gestressten Menschen mit mehreren Vorerkrankungen womöglich durch die noch immer geltenden wochenlangen Sperrmaßnahmen verursacht worden sein könnte.

Es wäre dann einer jener Fälle, in denen die Behandlung schlimmer als die Krankheit ist. (Siehe Update unten: Nur 12% der Todeszertifikate geben das Coronavirus als eine Ursache an.)



Angelo Borrelli, Leiter des italienischen Zivilschutzes, erklärt den Unterschied zwischen Todesfällen *mit* und *durch* Coronaviren

Angelo Borrelli, Leiter des italienischen Zivilschutzes, erklärt den Unterschied zwischen Todesfällen *mit* und *durch* Coronaviren

22. März 2020 (II)

- In der Schweiz gebe es bisher 56 test-positive Todesfälle. Bei allen habe es sich aufgrund von Alter und/oder Vorerkrankungen um „Risikopatienten" gehandelt. Zur genauen Todesursache, das heißt ob am oder nur mit dem Virus, gibt es weiterhin keine Angaben.

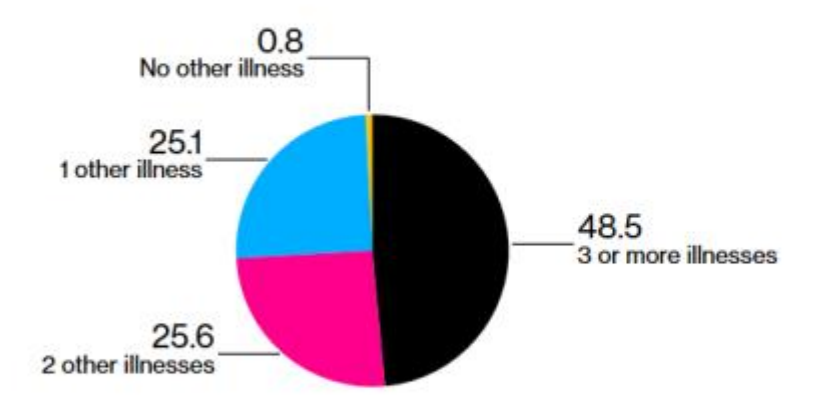
- Die Schweizer Regierung behauptete, die Situation in der Südschweiz (direkt neben Italien) sei „dramatisch", aber lokale Ärzte widersprechen: die Situation sei keineswegs dramatisch.
- Laut Presseberichten drohe ein Engpass bei den Sauerstoffflaschen. Der Grund sei aber nicht ein derzeit erhöhter Bedarf, sondern die Hortung aus Angst vor Knappheit.
- In vielen Ländern besteht bereits ein zunehmender Mangel an Ärzten und Pflegern. Der Hauptgrund dafür ist, dass sich positiv-getestete Fachkräfte in Quarantäne begeben müssen, obschon sie in den meisten Fällen keine oder nur leichte Symptome entwickeln.

22. März 2020 (III)

- Ein Modell des Imperial College London prognostizierte für Großbritannien 250,000 bis 500,000 Todesfälle „durch" Covid-19. Die Autoren der Studie haben nun aber eingeräumt, dass viele dieser Todesfälle nicht zusätzlich anfallen, sondern Teil der normalen jährlichen Sterblichkeit sind, die in Großbritannien bei 600,000 Personen pro Jahr liegt.
- Dr. David Katz, der Gründungsdirektor des Yale University Prevention Research Center, fragt in der New York Times: „Ist unser Kampf gegen den Coronavirus schlimmer als die Krankheit? Es gibt gezieltere Mittel, die Pandemie zu besiegen."
- Laut dem italienischen Professor Walter Ricciardi geben **„nur 12% der Todeszertifikate das Coronavirus als einen Grund an"**, während in öffentlichen Berichten „alle Todesfälle, die im Krankenhaus mit dem Coronavirus sterben, als Todesfälle durch das Coronavirus gezählt werden." Somit müssen die in den Medien genannten italienischen Todeszahlen *um mindestens einen Faktor acht* reduziert werden um die tatsächlich durch das Coronavirus verursachten Todesfälle zu erhalten. Dies ergibt höchstens einige dutzend Todesfälle pro Tag, verglichen mit einer normalen Gesamtsterblichkeit von 1800 pro Tag und bis zu 20,000 Grippetoten pro Jahr.

21. März 2020 (I)

- Spanien meldet bisher nur drei testpositive Todesfälle unter 65 Jahren (von total ca. 1000). Deren Vorerkrankungen und tatsächliche Todesursache sind bisher nicht bekannt.
- Italien meldete am 20. März landesweit 627 testpositive Todesfälle an einem Tag. Die normale Sterblichkeit liegt in Italien bei ca. 1800 Todesfällen pro Tag. Seit dem 21. Februar meldete Italien insgesamt ca. 4000 testpositive Todesfälle. Im selben Zeitraum hatte Italien eine natürliche Gesamtmortalität von ca. 50.000 Todesfällen. Es ist noch nicht klar, um wie viel die Gesamtmortalität zunahm oder aber einfach testpositiv wurde. Italien und Europa hatten zudem eine sehr milde Grippesaison 2019/2020, die viele ansonsten gefährdete Personen verschonte.
- Laut italienischen Medienberichten verstarben in der Region Lombardei bisher ca. 90% der testpositiven Todesfälle nicht auf der Intensivstation, sondern größtenteils zuhause oder in der Allgemeinabteilung. Die Todesursachen und die mögliche Rolle der Quarantäne-maßnahmen sind noch nicht klar. Nur 260 von 2168 testpositiven Todesfällen seien auf Intensivstationen erfolgt.
- Bloomberg berichtet, dass 99% der italienischen Todesfälle andere Erkrankungen hatten.



Testpositive Todesfälle nach Vorerkrankungen (ISS/Bloomberg)

21. März 2020 (II)

- Die Japan Times fragt: Japan erwartete eine Coronaviren-Explosion. Wo bleibt sie? Obschon Japan als eines der ersten Länder positive Testresultate hatte und keinen „Lockdown" einführte, ist es bisher eines der am wenigsten betroffenen Länder. Es gebe keine Zunahme an Lungenentzündungen und keine erhöhte Krankenhausbelegung.
- Italienischen Forscher argumentieren, dass die extreme Luftverschmutzung in Norditalien – die stärkste in ganz Europa – eine ursächliche Rolle bei der aktuellen lokalen Zunahme an Lungenentzündungen spielen könnte, ähnlich wie zuvor im chinesischen Wuhan (s.o.)
- In einem neuen Interview erklärt Professor Sucharit Bhakdi, einer der meistzitierten Experten auf dem Gebiet der medizinischen Mikrobiologie, dass es „falsch" und „gefährlich irreführend" sei, das neue Coronavirus für die Todesfälle hauptverantwortlich zu machen, da Vorerkrankungen und die Luftverschmutzung in chinesischen und norditalienischen Städten eine wichtigere Rolle spielten. Die derzeit diskutierten oder beschlossenen Maßnahmen bezeichnet Professor Bhakdi als „grotesk", „sinnlos", „selbstzerstörerisch" und „kollektiven Selbstmord", der die Lebenserwartung der Senioren verkürzen werde und von der Gesellschaft nicht akzeptiert werden dürfe.

20. März 2020

- Laut dem neusten europäischen Monitoringbericht liegt die Gesamtmortalität in allen Ländern (inkl. Italien) und in allen Altersgruppen bisher im Normalbereich oder darunter.
- Laut den neusten Zahlen aus Deutschland liegt das Median-Alter der testpositiven Todesfälle bei circa 83 Jahren, die meisten davon mit chronischen Vorerkrankungen.
- Eine von Stanford-Professor John Ioannidis angeführte kanadische Studie von 2006 zeigt am Fall eines Pflegeheims, dass auch gewöhnliche Coronaviren (Erkältungsviren) in Risikogruppen eine Sterblichkeit von bis zu 6% hervorrufen können, und dass Virentestkits zunächst fälschlicherweise eine Infektion mit dem SARS-Coronavirus angaben.

19. März 2020 (I)

Das italienische ISS hat einen neuen Bericht zu den testpositiven Verstorbenen publiziert:

- Das Medianalter liegt bei 80.5 Jahren (79.5 bei den Männern, 83.7 bei den Frauen).

- 10% der Verstorbenen waren über 90 Jahre alt; 90% waren über 70 Jahre alt.
- Höchstens 0.8% der Verstorbenen hatte keine chronischen Vorerkrankungen.
- Ca. 75% der Verstorbenen hatten zwei oder mehr Vorerkrankungen, ca. 50% hatten drei oder mehr Vorerkrankungen, darunter insb. Herzkrankheiten, Diabetes und Krebs.
- Fünf Verstorbene waren 31 bis 39 Jahre alt, alle mit schweren Vorerkrankungen.
- Das Gesundheitsinstitut lässt weiterhin offen, woran die untersuchten Patienten starben, und spricht allgemein von »Covid19-positiven Verstorbenen«.

19. März 2020 (II)

- Ein Bericht der italienischen Zeitung *Corriere della Sera* beschreibt, dass die italienischen Intensivstationen bereits unter der markanten Grippewelle von 2017/2018 kollabierten, Operationen verschieben sowie Krankenpfleger aus dem Urlaub zurückrufen mussten.
- Der deutsche Virologe Hendrik Streeck vermutet in einem Interview, dass Covid19 die Gesamtsterblichkeit in Deutschland nicht erhöhen werde, die normalerweise bei rund 2500 Personen *pro Tag* liege. Streeck erwähnt den Fall eines 78 Jahre alten Mannes mit Vorerkrankungen, der an einem Herzversagen starb, nachträglich positiv auf Covid19 getestet und deshalb in die Statistik der Covid19-Todesfälle aufgenommen wurde.
- Laut Stanford-Professor John P.A. Ioannidis gebe es für die derzeit beschlossenen Maßnahmen keine ausreichende medizinische Datengrundlage. Das neue Coronavirus sei womöglich selbst bei älteren Personen nicht gefährlicher als einige der üblichen Coronaviren.

18. März 2020

- Eine neue epidemiologische Studie (Vorabdruck) kommt zum Ergebnis, dass die Fatalität von Covid19 selbst in der chinesischen Stadt Wuhan bei nur 0.04% bis 0.12% gelegen habe und somit eher geringer sei als bei der saisonalen Grippe, deren Fatalität bei ca. 0.1% liegt. Als Grund für die offenbar stark überschätzte Fatalität von Covid19 vermuten die Forscher, dass in Wuhan ursprünglich nur ein kleiner Teil der Fälle erfasst worden sei, da die Krankheit bei vielen Personen wohl symptomlos oder mild verlief.
- Chinesiche Forscher argumentieren, dass extremer Wintersmog in der Stadt Wuhan eine ursächliche Rolle beim Ausbruch der Lungenentzündungen gespielt haben könnte. Im Sommer 2019 kam es in Wuhan bereits zu öffentlichen Protesten wegen der schlechten Luftqualität.
- Neue Satellitenbilder zeigen, wie Norditalien die europaweit stärkste Luftverschmutzung aufweist, und wie diese Luftverschmutzung durch die Quarantäne stark zurückging.
- Ein Hersteller des Covid19-Testkits gibt an, dass dieses nur für Forschungszwecke und nicht für diagnostische Anwendungen einzusetzen ist, da noch nicht klinisch validiert.

SARS-CoV-2 Coronavirus Multiplex RT-qPCR Kit

Regulatory status: For research use only, not for use in diagnostic procedures.

Datenblatt eines Covid19-Testkit

17. März 2020 (I)

- Einige Schweizer Notfallstationen seien bereits überlastet allein aufgrund der hohen Anzahl an Personen, die sich testen lassen möchten. Dies deutet auf eine zusätzliche psychologische und logistische Komponente der aktuellen Situation hin.
- Das Sterblichkeitsprofil ist aus virologischer Sicht weiterhin rätselhaft, da im Unterschied zu Grippeviren Kinder verschont und ältere Männer etwa doppelt so häufig betroffen sind wie ältere Frauen. Dieses Profil entspricht andererseits der natürlichen Sterblichkeit, die bei Kindern nahe null und bei 75-jährigen Männern fast doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen Frauen liegt.
- Bei den jungen testpositiven Verstorbenen handelt es sich weiterhin größtenteils oder sogar ausschließlich um Personen mit schwersten Vorerkrankungen. So sei ein 21-jähriger spanischer Fußballtrainer testpositiv verstorben. Die Ärzte stellten indes eine unerkannte Leukämie fest, zu deren typischen Komplikationen eine schwere Lungenentzündung gehört.
- Entscheidend zur Beurteilung der Gefährlichkeit der Krankheit ist daher *nicht* die in den Medien oft genannte Anzahl der testpositiven Personen und Verstorbenen, sondern die Anzahl der tatsächlich und unerwartet *an einer Lungenentzündung* Erkrankten oder Verstorbenen (sog. Übersterblichkeit). Dieser Wert liegt in den meisten Ländern bisher sehr tief.

17. März 2020 (II)

- Der italienische Immunologie-Professor Sergio Romagnani der Universität Florenz kommt in einer Studie an 3000 Personen zum Ergebnis, dass 50 bis 75% der testpositiven Personen aller Altersgruppen vollständig symptomfrei bleiben – deutlich mehr als bisher angenommen.
- Die Belegung der norditalienischen Intensivstationen beträgt in den Wintermonaten typischerweise bereits 85 bis 90%. Einige oder viele dieser bestehenden Patienten könnten inzwischen auch testpositiv sein. Zur Anzahl der zusätzlichen unerwarteten Lungenentzündungen gibt es indes noch keine offiziellen Angaben.
- Eine Krankenhausärztin in der spanischen Stadt Málaga schreibt auf Twitter, dass die Menschen derzeit eher an der Panik und am Systemkollaps sterben als am Virus. Das Krankenhaus werde von Personen mit Erkältungen, Grippe und womöglich Covid19 überrannt und die Abläufe seien zusammengebrochen.

14. März 2020

Laut den Angaben des italienischen Nationalen Gesundheitsinstituts ISS liegt das Durchschnittsalter der positiv-getesteten Verstorbenen in Italien derzeit bei circa 81 Jahren. 10% der Verstorbenen sind über 90 Jahre alt. 90% der Verstorbenen sind über 70 Jahre alt.

80% der Verstorbenen hatten zwei oder mehr chronische Vorerkrankungen. 50% der Verstorbenen hatten drei oder mehr chronische Vorerkrankungen. Zu den chronischen Vorerkrankungen zählen insbesondere Herz-Kreislauf-Probleme, Diabetes, Atemprobleme und Krebs.

Bei weniger als 1% der Verstorbenen handelte es sich um gesunde Personen, das heißt um Personen ohne chronische Vorerkrankungen. Nur circa 30% der Verstorbenen sind Frauen.

Das italienische Gesundheitsinstitut unterscheidet zudem zwischen Verstorbenen *durch das* und Verstorbenen *mit dem* Coronavirus. In vielen Fällen sei noch nicht klar, ob die Personen am Virus starben oder an ihren chronischen Vorerkrankungen oder an einer Kombination davon.

Bei den zwei italienischen Verstorbenen unter 40 Jahren (beide 39 Jahre alt) habe es sich um einen Krebspatienten sowie um einen Diabetes-Patienten mit weiteren Komplikationen gehandelt. Auch hier sei die genaue Todesursache noch nicht klar (d.h. ob am Virus oder an den Vorerkrankungen).

Die Überlastung der Kliniken ergebe sich durch den allgemeinen Andrang an Patienten sowie durch die erhöhte Anzahl an Patienten, die besondere oder intensive Betreuung benötigen. Dabei gehe es insb. um die Stabilisierung der Atemfunktion sowie in schweren Fällen um anti-virale Therapien.

Außerdem sind folgende Aspekte zu beachten:

Norditalien hat eine der ältesten Bevölkerungen sowie die schlechteste Luftqualität Europas, was bereits in der Vergangenheit zu einer erhöhten Anzahl an Atemwegserkrankungen und dadurch bedingter Todesfälle geführt hat. Dies ist als zusätzlicher Risikofaktor zu sehen.

Südkorea beispielsweise hat einen deutlich milderen Verlauf als Italien erlebt und den Höhepunkt der Epidemie bereits überschritten. In Südkorea kam es bisher zu lediglich ca. 70 Todesfällen mit positivem Test. Betroffen waren wie in Italien hauptsächlich Risikopatienten.

Bei den bisherigen testpositiven Schweizer Todesfällen hat es sich ebenfalls um Risikopatienten mit Vorerkrankungen und einem Medianalter von über 80 Jahren gehandelt, deren genaue Todesursache, d.h. ob am Virus oder an den Vorerkrankungen, noch nicht bekannt ist.

Ferner zeigen Studien, dass die weltweit verwendeten Viren-Testkits in einigen Fällen ein falsches positives Resultat ergeben können, d.h. die Personen wären in diesen Fällen *nicht* am neuen Coronavirus erkrankt, sondern womöglich an einem der bisherigen Coronaviren, die Teil der jährlichen (und aktuellen) Erkältungs- und Grippewelle sind.

Zur Beurteilung der Gefährlichkeit der Krankheit ist daher *nicht* die oft genannte Anzahl der testpositiven Personen und Verstorbenen entscheidend, sondern die Anzahl der tatsächlich und unerwartet *an einer Lungenentzündung* Erkrankten oder Verstorbenen (sog. Übersterblichkeit).

Für die gesunde Allgemeinbevölkerung im Schul- und Arbeitsalter ist nach allen bisherigen Erkenntnissen bei Covid-19 mit einem milden bis moderaten Verlauf zu rechnen. Senioren und Personen mit bestehenden chronischen Erkrankungen sind besonders zu schützen. Die medizinischen Kapazitäten sind optimal vorzubereiten.

Zur Hauptseite: Fakten zu Covid-19“

Anlage 8

BMI KM 4 – 51000/29#2 27. März 2020
sk finalisierte Fassung vom 7. Mai 2020

Risiken, die sich aus den Schutzmaßnahmen
und den neuen Rechtsinstrumenten zur Bekämpfung der Corona-Krise
für die Sicherstellung Kritischer Infrastrukturen ergeben

- aktuelle politologische Momentaufnahme und Empfehlung des Referats KM 4 -

[Für den **eiligen Leser** empfiehlt sich vorab die **abschließende Bewertung** auf der letzten Seite.]

Die neuen Beschlüsse der BReg und des Parlaments haben unübersehbar weitreichende Auswirkungen auf das Wirtschaftsleben und alle anderen gesellschaftlichen Funktionen. Um die Risiken zu analysieren, wurden Quellen ausgewertet, in denen die Maßnahmen teils scharf kritisiert werden. Das bedeutet selbstverständlich nicht, dass die vorgesehene Beschlusslage von Regierung und Parlament einseitig aus der Perspektive von Kritikern betrachtet wird, und das ist auch in keiner Weise mit einer Übernahme von Meinungen oder Wertungen der Kritiker verbunden. Vielmehr geht es darum, alle Aspekte in die Überlegungen zum KRITIS-Schutz einzubeziehen, die für das künftige Funktionieren von Kritischen Infrastrukturen wirksam werden können.

A. Szenario: Änderungen in § 240 BGB

Die schwerwiegende Wirtschaftskrise, die in Folge der Corona-Pandemie erwartet wird, birgt vielfache Risiken auch für Unternehmen, die im Bereich der Daseinsvorsorge und Grundversorgung tätig sind. Mögliche Auswirkungen der Änderung von § 240 BGB stehen hier nur beispielhaft für Risiken, die durch Schutzmaßnahmen des Staates zusätzlich ausgelöst werden.

I.

Paragraph 240 des BGB wird ausgesetzt. Das bedeutet, dass Zahlungen unter Verweis auf Corona verweigert werden dürfen. Nach Darstellung in einer Internetquelle[2] würde das in der Konsequenz zu der Unwägbarkeit führen, ob künftig überhaupt noch irgendjemand für irgendetwas bezahlen werde. Betroffen sein können sowohl die Anbieter von Produkten und Dienstleistungen, als auch die Lieferanten und das Personal dieser Anbieter. Am Ende würde keiner mehr bezahlen. Wenn dieses Szenario auch nur ansatzweise einträte, käme das einem gigantischen Vertrauensverlust und Zusammenbruch nahezu jeder Wirtschaftstätigkeit gleich. Es wird im Weiteren davon ausgegangen, dass die Regelungen von dem federführenden BMWi gut durchdacht sind, und dieses größtmögliche Risiko daher nicht eintreten wird.

Aber auch unterhalb der Schwelle des Totalzusammenbruchs ist mit Auswirkungen auf den Betrieb von Kritischen Infrastrukturen zu rechnen. Wichtig ist in diesem Falle nicht (nur), die Profitabilität des Betriebes sicherzustellen, sondern die Versorgungssicherheit der Bevölkerung zu gewährleisten. Dazu muss der jeweilige Betreiber stets über die notwendigen Betriebsmittel und qualifiziertes Personal verfügen.

Es ist davon auszugehen, dass auch Leistungen, die über Kritische Infrastrukturen erbracht werden, von den Leistungsbeziehern (Kunden) vielfach nicht mehr, oder nur noch teilweise bezahlt werden. Um die Leistungen weiter erbringen zu können, muss es jedoch Einnahmen geben, denn die Beschäftigten und Lieferanten müssen bezahlt werden. Ohne Verfügbarkeit von Zwischenprodukten und ohne Personal können die Kritischen Dienstleistungen nicht erbracht werden.

II.

Das BGB gilt nur in Deutschland. Die Regelung wird sich aber vermutlich auch auf die grenzüberschreitenden Geschäftsbeziehungen auswirken. Da der Erfolg der deutschen

[2] 26. März 2020, Roland Tichy: **Merkel schaltet Ludwig Erhard aus – Corona-Gesetze: Angriff auf Marktwirtschaft und Demokratie** (https://www.tichyseinblick.de/tichys-einblick/corona-gesetze-angriff-auf-marktwirtschaft-und-demokratie/)

Volkswirtschaft von Exporten (bei in der Vergangenheit hoher internationaler Konkurrenzfähigkeit) abhängig ist, können die nationalen Rechtsänderungen eine höchst problematische Dynamik auslösen.

> *Exkurs: Im globalen Wettbewerb bestehen bereits ohne die aktuelle Krise zahlreiche unvorteilhafte Effekte, z.B. Abwanderung und Verlust von Talenten an das Ausland und das ohnehin im internationalen Vergleich begrenzte Potential an Spitzenbegabungen, die die dringend benötigten, wirtschaftlich verwertbaren Innovationen hervorbringen könnten, mit denen der künftige Erfolg unserer Exportwirtschaft abgesichert werden müsste (nach Prof. Heinsohn). Das zu vertiefen, würde hier den Rahmen sprengen. Ebenso wie die Behandlung der Wechselwirkungen zwischen der deutschen Migrationspolitik (BMI-Zuständigkeit) und unserer internationalen Wettbewerbsfähigkeit, die tendenziell auf eine eher ungünstige Ausgangslage für unser Land hinweisen, wie Professor Collier vor wenigen Jahren im BMI in einer internen Veranstaltung anschaulich beschrieben hat. Ich möchte diese Punkte aber nicht gänzlich unerwähnt lassen, weil sich die ökonomische Wettbewerbsfähigkeit und der wirtschaftliche Erfolg unseres Landes auch auf das erreichbare Sicherheitsniveau unserer Kritischen Infrastrukturen auswirken wird (siehe dazu unten das Szenairo C.).*

Zudem sind zahlreiche ausländische Firmen und Investoren auf dem deutschen Markt aktiv – und zwar auch in dem Bereich der Kritischen Infrastrukturen. Von zusätzlichen Unsicherheiten sind daher u.a. die IT- und Internetversorgung in Deutschland betroffen als auch die besonders wichtige Energiebranche und insbesondere die Stromversorgung. Von den vier Übertragungsnetzbetreibern gehören zwei ausländischen Firmen (lt. Wikipedia):

- **50Hertz** gehört zu 60 % dem belgischen Netzbetreiber Elia System Operator und zu 40 % dem australischen Infrastrukturfonds Industry Funds Management (IFM Global Infrastructure Fund).
- Alleingesellschafterin der **TenneT TSO** GmbH ist eine deutsche GmbH & Co. KG, die über mehrere Zwischengesellschaften vermittelt, der niederländischen TenneT Holding B.V. gehört.

Falls es im internationalen Wirtschaftsverkehr zu Friktionen kommt und das Agieren ausländische Inhaber deutscher Firmen unberechenbar wird, entsteht für den Staat unmittelbar Handlungsbedarf im Bereich der Gewährleistungen der Versorgung mit Kritischen Dienstleistungen und Produkten.

III.

Wenn unter Berufung auf § 240 BGB Lohnzahlungen verweigert werden können, wird das zu unklaren Beschäftigungsverhältnissen, unsicherer Personalverfügbarkeit und erhöhter Arbeitslosigkeit führen. Davon werden voraussichtlich auch KRITIS-Betreiber oder für deren Geschäftsbetrieb notwendige Partner (Zulieferer, …) betroffen sein, denen z.B. Personal mit besseren Vertragskonditionen abgeworben werden könnte.

> Frage an BMWi: Wie kann das Risiko durch die temporäre Neuregelung von § 240 BGB für KRITIS-Betreiber verringert werden?
>
> Frage an BMWi: Welche Anwendung findet § 240 BGB in den internationalen Vertragsbeziehungen im KRITIS-Bereich?

Es mag für alle problembehafteten Betriebe und Fallkonstellationen Sonderlösungen und zusätzliche Spezialregelungen geben, mit denen schädliche Auswirkungen der generellen Regierungsmaßnahmen auf die Versorgungssicherheit begrenzt oder kompensiert werden können. Am einfachsten und sichersten wäre jedoch, die Rechtsänderungen nach der unmittelbaren Krise so schnell wie möglich zurück zu nehmen.

B. Szenario: Die Gewährleistungsverantwortung des Staates – Ausgestaltung einer Funktion und Rolle

Der größte Teil der Kritischen Infrastrukturen ist zwar in privater Hand und wird von den jeweiligen Anbietern eigenverantwortlich betrieben. – *Die großen Privatisierungswellen der letzten Jahrzehnte (Bahn, Post, Telekom, Energieversorgung, etc) haben eine veränderte Ausgangslage geschaffen. Der Schutz Kritischer Infrastrukturen wurde durch diese Maßnahmen grundsätzlich erschwert.* – Für die zuverlässige Versorgung der Bevölkerung und Unternehmen in Deutschland per Kritische Infrastrukturen trägt der Staat jedoch eine **Gewährleistungsverantwortung**. Diese verpflichtet den Staat, bei fundamentalen Versorgungsmangellagen in die Strukturen und Prozesse der (privaten) KRITIS-Betreiber einzusteigen oder einzugreifen.

> Herausforderung für die Bundesressorts und Länderbehörden: Wie können sich die Behörden darauf vorbereiten, bei Bedarf eine engmaschige Begleitung und Kontrolle der Funktionsfähigkeit von KRITIS-Betreibern vorzunehmen und ggf. steuernd einzugreifen, bevor gefährliche Engpässe entstehen?

Es gibt bisher kein Szenario und keine Planung dafür, dass dieser Fall (fundamentale Versorgungsmangellagen in einzelnen KRITIS-Sektoren) flächendeckend und längerfristig eintritt. Die gegenwärtige Coronakrise macht notwendig, dass dieser Fall präventiv konzeptionell bearbeitet wird. Dabei werden folgenden Aspekte zu behandeln sein:

- Identifikation von Problemfällen (Betreiber, die ausfallen könnten und für die Ersatz geschaffen werden muss)
- Aufbau einer bundesweit tätigen Planungs-, Koordinierung- und Einsatzstelle, die organisatorische und rechtliche Probleme löst und die Verantwortlichen zu allen praktischen Fragen berät
- Vereinbarungen zur Entscheidungsfindung bei zahlreichen beteiligten und betroffenen Behörden und Ebenen sowie privaten Partnern
- Prüfung der Zurückverstaatlichung von privatisierten Kritischen Infrastrukturen

Dieses Szenario wirft die Frage auf, ob die Ausweitung von staatlicher Steuerung tatsächlich eine bessere Daseinsvorsorge leisten kann, als es (wie bisher) mit marktwirtschaftlichen Mitteln erreicht werden konnte. Befürchtungen, dass unser System einen verstärkten „Planwirtschafts-Charakter" erhielte, sind nicht völlig abwegig. Das zu bewerten kann kein Gegenstand dieser Arbeit sein. Ich erwähne diesen Zusammenhang, weil darin ein Bedarf nach Grundsatzentscheidungen zu wesentlichen Rahmenbedingungen deutlich wird, und weil die Sicherheit von Kritischen Infrastrukturen unter verschiedenen Rahmenbedingungen (privatwirtschaftlicher oder staatlicher Betrieb von KRITIS) unterschiedlich organisiert werden muss.

C. Szenario: Eintritt einer schweren Wirtschafts- und Gesellschaftskrise verursacht und ausgelöst durch die nationalen (und weltweiten) Schutzmaßnahmen gegen den Corona-Virus – im Kontext des Krisenmanagement-Modells der Politik

Unsere Gesellschaft hat aktuell mit zweierlei negativen Entwicklungen zu tun.

- Einerseits wird es **Leid durch Erkrankung und Tod** geben (Corona-Virus). Das ist unabwendbar und das Ausmaß kann heute für die Zukunft nicht sicher abgeschätzt werden – weder für den Fall umfangreicher Schutzmaßnahmen vor Ansteckung, noch für den Fall sehr spezifischer Maßnahmen bei ansonsten Aufrechterhaltung des normalen gesellschaftlichen Lebens, einschließlich des regulären Arbeitslebens und aller Bildungs- und Wirtschaftsprozesse.

- Andererseits führen ergriffene Schutzmaßnahmen in eine **schwere Wirtschafts- und Gesellschaftskrise**. Der komplexe und vernetzte Wirtschaftsprozess wird massiv gestört und schweren Schaden nehmen, die Bilanz unserer Volkswirtschaft wird drastisch einbrechen, die Arbeitslosigkeit wird erheblich zunehmen, wirtschaftliche Existenzen von sehr vielen Privatleuten und Unternehmungen werden verloren gehen, psychische und andere gesundheitliche Störungen werden massiv zunehmen, bis hin zu einer hohen Zahl an Suiziden. Die Wirtschaftskrise wird möglicherweise einhergehen mit einem Akzeptanzverlust der Regierung in der Bevölkerung und einer Legitimitätskrise der staatlichen Ordnung. Die bestehende Ordnung kann dann möglicherweise nur aufrechterhalten werden, wenn Instrumente dazu eingesetzt werden und Maßnahmen ergriffen werden, die mit dem eigentlichen Inhalt der Ordnung und ihren Werten nicht mehr kompatibel sind (z.B. Eingriffe in Freiheitsrechte, Grundrechte, demokratische Prinzipien, etc.).

Exkurs zum Stichwort Todesopfer: Der massive Wohlstandseinbruch unserer Gesellschaft und die erwartbare Verelendung von Teilen der Bevölkerung in Folge einer massiven Wirtschaftskrise, wird zu einer deutlichen Erhöhung der Sterblichkeit und einem Sinken der Lebenserwartung in unserem Land führen. Viele anspruchsvolle und kostenträchtige gesundheitliche Maßnahmen und medizinische Behandlungen, die heute zum selbstverständlichen zivilisatorischen Standard unseres Gemeinwesens gehören und regelmäßig mit großem Erfolg und Nutzen für die Lebensqualität der Bevölkerung durchgeführt werden, sind unter verschlechterten Rahmenbedingungen nicht mehr leistbar. Sie fallen unter diesen Bedingungen fort. Menschen, die in der Folge der Auswirkungen der staatlicherseits provozierten (wenn auch in guter Absicht) Wirtschaftskrise vorzeitig sterben werden, sind dann genau so tot, wie die dem Virus erlegenen.

Krisenmanagement

Das Krisenmanagement der Bundesregierung und der Landesregierungen kümmert sich mit erheblichem Engagement um die Abwehr der Verbreitung von Infektionen und bemüht sich, die negativen gesellschaftlichen Auswirkungen ihres Engagements zu begrenzen. Dazu hat insbesondere die BReg ein bisher unvorstellbar umfassendes regulatorisches und monetäres Instrumentarium aktiviert und Ankündigungen vorgenommen (Versprechungen gemacht), bei denen Zweifel daran bestehen, ob sie tatsächlich realisiert werden können.

Bei dem praktizierten Vorgehen und den gesetzten Präferenzen besteht grundsätzlich die Gefahr, dass der durch die Schutzmaßnahmen ausgelöste Schaden, höher ausfällt, als der Schaden, der ohne diese Maßnahmen eingetreten wäre – bzw. bei minimalinvasiven aber hochkonzentrierten Maßnahmen z.B. zum Schutz von durch den Virus besonders bedrohten aber überschaubaren Bevölkerungsgruppen. Ein systematischer Abgleich zwischen den Grundoptionen, der für eine rational möglichst breit fundierte Entscheidungsfindung hilfreich wäre, findet scheinbar nicht statt – er ist jedenfalls selbst für Insider und im zentralen Krisenmanagement tätige Mitarbeiter und Spezialisten nicht erkennbar. Auch in der Öffentlichkeit und den Massenmedien, einschl. der öffentlich-rechtlichen, wird der Gegenüberstellung trotz ihrer überragenden Bedeutung und der Wünschbarkeit eines gesellschaftlichen Konsenses über eine gemeinschaftliches Leitbild weitestgehend ausgewichen. „Augen zu und durch“ scheint das Motto zu sein. Da gleichwohl viele Menschen darüber nachdenken, wird die Tabuisierung zusätzliche Befürchtungen und Ängste auslösen. Schließlich wird es doch zu einer Diskussion kommen, sie hat aktuell gerade zu der Frage eingesetzt, wie Patienten angesichts eines möglichen Mangels an **überlebenswichtigen Behandlungskapazitäten priorisiert** werden sollen. Das war schon immer eine **<u>Grundsatzfrage auch des präventiven KRITIS-Schutzes</u>**, die bisher besonders gerne verdrängt oder vernachlässigt wurde, aber im Fall der Fälle ultimativ beantwortet werden muss. Beispiel: Wenn in einer Akutklinik bei

einem längerfristigen Stromausfall nach einiger Zeit nur noch eine Station mit dem zur Neige gehenden Notstrom versorgt werden kann – welche soll es sein: die Neonatologie („Frühchen), die geriatrische oder die Intensivstation? Wer wird sterben, wer bekommt eine Chance? In der akuten Krisensituation kann man der Frage nicht mehr ausweichen und da es keine medizinischen Kriterien für ethische Entscheidungen gibt, sind die **Antworten von der Politik zu geben**. Die Politik kann sich beraten lassen, aber am Ende ist sie es, die die Verantwortung für die Entscheidung zu tragen hat. Das nimmt ihr keiner ab, dafür wurde die Regierung auf demokratischem Wege vom Volk zur Regierung bestimmt. Die damit verbundene Verantwortlichkeit hat jedes einzelne Regierungsmitglied freiwillig übernommen. Auf die Vorbereitung der damit verbundenen Entscheidungsprozesse muss sich das Krisenmanagement auf Bundes- und Länderebene einrichten. In Anbetracht der weitreichenden Folgen und der hohen Verantwortung, die die Regierung der Bevölkerung gegenüber hat, kann sich das bisherige Vorgehen als schwerwiegendes Versäumnis erweisen[3]. Die Regierung setzt den Bestand unserer Gesellschaft mit all ihren Errungenschaften möglicherweise aufs Spiel – nicht etwa indem sie falsche Entscheidungen trifft (das kann jetzt noch nicht abschließend beurteilt werden) – , sondern dadurch, dass sie nicht umfassend systematisch und rational vorgeht. Das kann gut gehen, es kann aber auch in eine Katastrophe für unser Land führen und für alle Menschen, die hier leben.
Die wichtigste Schlüsselfrage wird nicht gestellt, ihr wird nicht intensiv nachgegangen. Sie lautet: **Wann ist das gesellschaftliche Schadens-Äquivalent durch Schutzmaßnahmen höher (und sind diese Maßnahmen folglich zu unterlassen), als der Verlust einer möglicherweise hohen Anzahl von Menschenleben?** Sich dieser Frage zu stellen bedeutete, es müssten zunächst die möglichen Schäden für beide Seiten systematisch ermittelt und miteinander verglichen werden. Im Moment wird sogar darauf verzichtet und vermieden, alle Fakten vollständig zu erheben, die einen Abgleich überhaupt erst möglich machen. Eine beispielhafte Aufstellung von nicht erhobenen Daten und Auskünften findet sich in meinem ersten und zweiten Zwischenbericht (1. vom 23.3.20; der 2. ist noch in Arbeit).
Die Politik hat sich auf starke Interventionen und Vergesellschaftung von bisher privaten Funktionen festgelegt. Schon eine Plausibilitätsprüfung einiger Maßnahmen, nährt Zweifel an ihrer Wirksamkeit. Ich will das hier nur anreißen: Milliardenschwere Programme müssen administriert werden. Es gibt umfangreiche Erfahrungen über den Aufwand und den Zeitbedarf für die Planung und Umsetzung von Fördermaßnahmen, Hilfen und Subventionen. Wenn die Mittel die Wirkung erzielen sollen, zu denen sie beschlossen wurden, ist das mit einem extrem hohen Verwaltungsaufwand und einer sehr langen Bearbeitungszeit verbunden. Wenn es schnell gehen soll wird es hohe Streuverluste geben, Mitnahmeeffekte, Missbrauch der Programme und Ungerechtigkeiten schaffen, sowie seinen Zweck verfehlen. Das ist ein großes Problem: entweder dauert es zu lange und ist zu kompliziert, dann wird die erwünschte Wirkung nicht erreicht oder kommt zu spät, oder es wird sehr schnell und unbürokratisch erledigt und ist unwirtschaftlich sowie unverhältnismäßig und löst kontraproduktive oder destruktive Anreize aus. Die Abhängigkeit (oder die Verlockung) von echten (oder erschlichenen) Hilfen durch den Staat untergräbt unternehmerische Risikofreudigkeit, Eigeninitiative und Innovationskraft, die für eine positive wirtschaftliche Entwicklung notwendig sind. Auf eine langfristig positive wirtschaftliche Entwicklung ist unsere Gesellschaft aber angewiesen, weil die heute gemachten Schulden der öffentlichen Hand morgen erwirtschaftet und zurückgezahlt werden müssen.
Erkennbar sind die weitreichenden negativen Auswirkungen der Schutzmaßnahmen und die damit verbundenen hohen Risiken für die elementaren Versorgungssysteme (Kritische Infrastrukturen).

[3] Wer ist in diesem Zusammenhang unter „Regierung“ zu verstehen? – Hier sind nicht nur die einzelnen unmittelbaren Regierungsmitglieder gemeint, sondern auch die Beschäftigten des Exekutivapparats, ohne die ein Regieren nicht möglich wäre. – Auch diese Analyse ist ein Arbeitsergebnis des administrativen Regierungsapparats.

Risiken und Gefahren für den sozialen Frieden – Auswirkungen auf KRITIS

Im Falle einer schweren Wirtschafts- und Gesellschaftskrise (wie oben beschrieben), wird es ein **Potential von unzufriedenen, verbitterten und verzweifelten Menschen** geben, die zu einer latenten Bedrohung für das verbliebene Rest-Gemeinwesen werden können, von dem sie sich im Stich gelassen, verraten und ausgeschlossen fühlen. Die Gefährlichkeit dieses Potentials ist an der hohen Verletzlichkeit unsere elementaren Lebensadern, den Kritischen Infrastrukturen abzulesen. Der Aufwand, den bereits halbwegs intelligente und gut organisierte Verzweifelte (weil sie ihre materielle Existenz und ihren Glauben an unseren Staat verloren haben) betreiben müssten, um einen maximalen Schaden anzurichten (potentiell bis hin zur Herbeiführung eines Strom-Blackouts) ist überschaubar. Anschauliche Beispiele können (von KM4/BBK) in fast beliebiger Anzahl beschrieben werden.

Sich davor gesondert und dauerhaft zu schützen, scheint unten den Bedingungen einer massiven und nachhaltigen Wirtschaftskrise fast aussichtslos. **Eine Verbesserung des Schutzes Kritischer Infrastrukturen ist immer mit zusätzlichen Aufwendungen verbunden.** Das galt schon vor der Krise. Diese zusätzlichen Aufwendungen werden üblicherweise über den Versorgungspreis auf die Verbraucher umgelegt. Betreiber vermeiden möglichst lange solche kostenträchtigen zusätzlichen Schutzmaßnahmen, weil die Betreiberunternehmen in der Konsequenz mit Umsatzeinbußen rechnen (wegen der Verteuerung und Einsparreflexen der Verbraucher) und somit die Profitaussichten des Unternehmens vermindert würden (oder die Profitabilität der Unternehmung selbst zur Disposition stünde). Die Erfahrungen mit der Einführung erweiterter (aber noch nicht ausreichender) rechtlicher IT-Sicherheitsanforderungen (IT-SiG, …) haben diese Mechanismen gut erkennen lassen. Die Akzeptanz der Betreiber für Auflagen und Anforderungen kann minimal gesteigert werden, wenn die Zusatzbelastungen möglichst gleichgewichtig auf alle Wettbewerber verteilt werden. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass die Konkurrenten stets versuchen werden, gegenüber ihren Wettbewerbern unterdurchschnittlich belastet zu werden oder überdurchschnittliche Zusatzsubventionen vom Staat zu akquirieren.

Das bedeutet für die Ausgangsfrage dieses Papiers: **Unter den Bedingungen einer Wirtschaftskrise und permanenter Sparzwänge wird automatisch das Schutzniveau von Kritischen Infrastrukturen sinken.** Dieser Effekt wird kaum abgeschwächt werden können, indem Betreiber verstaatlicht werden, da Ausgaben für kostenträchtige Sicherheitsmaßnahmen in Konkurrenz zu Sozialausgaben und anderen lebenswichtigen Bedarfen stehen und das Defizit der öffentlichen Haushalte weiter in die Höhe treiben werden.

Spezifische strategische Aspekte des KRITIS Schutzes

Alle politische Werbung und alle konstruktiven Ansätze und Einzelmaßnahmen zugunsten des KRITIS-Schutzes und alle Sonntagsreden zu diesem Thema können nicht darüber hinwegtäuschen, dass unsere Gesellschaft mit ihrer Lebensweise seit Jahrzehnten immer höhere Risiken eingegangen ist und eine immer größere Verletzlichkeit aufgebaut hat. Das lässt sich nicht mehr ohne weiteres zurückdrehen (etwa durch den graduellen Verzicht auf etwas Wohlstand und Luxus). Den erforderlichen Schutz herzustellen ist eine große Herausforderung und Aufgabe für den Staat und unserer Gesellschaft. Im Moment gibt es nicht einmal einen bewussten gesellschaftlichen Konsens über die akzeptierten Restrisiken. In der KRITIS-Strategiedebatte der letzten Jahre gab es die Initiative, den „sozialen und gesellschaftlichen Frieden“ konzeptionell einer Kritischen Infrastruktur gleichzustellen (und ein Schutzniveau zu beschreiben). Das hat nicht ins Schema gepasst, jetzt kommt es möglicherweise zum Tragen. Strategisch unberücksichtigt – weil unerkannt – blieb bisher auch die in der Krise gemachte Erfahrung, dass der Erhalt der Funktionsfähigkeit der elementaren Überlebensfunktionen (=KRITIS) nicht das Überleben der Gesellschaft insgesamt sichern wird, wenn der übrige, nicht überlebensnotwendige Teil der Gesellschaft und ihrer Prozesse, quantitativ ein so extremes Übergewicht darstellt, wie wir es heute konstatieren müssen. **Der Bestand des vielen**

Irrelevanten ist für unser gesellschaftliches Überleben ebenso unverzichtbar, wie das wenige konzentrierte Überlebensnotwendige. Mit anderen Worten: Unsere Gesellschaft würde auch dann scheitern, wenn wir zuverlässig und bis auf weiteres für jeden Einwohner Deutschlands ein Dach über dem Kopf hätten, schützende Kleidung und so viel Nahrung, dass niemand verhungert. Wenn die stete Wertschöpfung der gesamten und hochkomplexen Volkswirtschaft mit ihrem breiten Spektrum nicht gesichert ist, wird auch das Lebensnotwendige langsam aber sicher ausgehen.

D. Abschließende Bewertung

Aus Sicht des präventiven Schutzes Kritischer Infrastrukturen und in Verantwortung für diese Aufgabe muss dringend dazu geraten werden, die andauernden restriktiven Maßnahmen zum Schutz vor der Verbreitung des Coronavirus so schnell wie möglich zurück zu führen und die Regeneration der Gesellschaft überwiegend in die Verantwortung der Bevölkerung und die marktwirtschaftliche Dynamik zu geben, ohne auf die gezielte und punktgenaue Unterstützung des öffentlichen Sektors für Bedürftige (in einem weiteren Sinne) zu verzichten.

Die chinesische Wirtschaft ist inzwischen wieder angelaufen, die USA werden spätestens nach Ostern ihre wirtschaftlichen Prozesse normalisiert haben. Damit ist etwa die Hälfte der weltweiten Wirtschaftskraft wieder am Start. Staaten, die dann noch zögern, unmittelbar mitzuziehen, werden voraussichtlich keine zweite Chance bekommen, den Anschluss an die vorherige globale Konstellation und ihre Marktposition herzustellen – mit allen Konsequenzen, die das für Deutschland als ehemaligen Exportweltmeister hätte.

Wir sollten schon in der Woche vor Ostern wieder weitestgehend im Normalmodus sein.